

11. August 2003

Aus Politik und Zeitgeschichte

B 33–34/2003



Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Berliner Freiheit 7
53111 Bonn.

Redaktion:
Dr. Katharina Belwe
Hans-Georg Golz
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Ludwig Watzal
Hans G. Bauer
Telefon: (0 18 88) 5 15-0

Internet:
www.das-parlament.de
E-Mail: apuz@bpb.de

Druck:
Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH,
60268 Frankfurt am Main

Vertrieb und Leserservice:
Die Vertriebsabteilung
der Wochenzeitung Das **Parlament**,
Frankenallee 71–81,
60327 Frankfurt am Main,
Telefon (0 69) 75 01-42 53,
Telefax (0 69) 75 01-45 02,
E-Mail: parlament@fsd.de,
nimmt entgegen:

- Nachforderungen der Beilage Aus Politik und Zeitgeschichte
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung Das **Parlament** einschließlich Beilage zum Preis von Euro 9,57 vierteljährlich, Jahresvorzugspreis Euro 34,90 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von Euro 3,58 zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer.

Die Veröffentlichungen in der Beilage Aus Politik und Zeitgeschichte stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

ISSN 0479-611 X

Editorial

■ Notoperation Gesundheitsreform: Am 21. Juli 2003 gaben Bundesministerin Ulla Schmidt (SPD) und Unions-Fachmann Horst Seehofer (CSU) die Ergebnisse wochenlanger Verhandlungen bekannt. Die informelle Allparteienkoalition verfolgte als oberstes Ziel die Senkung der Beiträge für die gesetzlichen Krankenkassen und damit der hohen Lohnnebenkosten. Der Beitragssatz soll bis 2006 von jetzt 14,4 auf 13 Prozent gesenkt werden.

■ Die 19-seitigen Kompromissvorschläge bedürfen in großen Teilen der Zustimmung des Bundesrates – daher war die Mitwirkung der Opposition bereits im Vorfeld nötig. Vorgesehen sind u. a. Gebühren für den Arztbesuch und die Ausgliederung des Zahnersatzes aus den Kassenleistungen. Flankiert werden die Kostendämpfungsversuche ab 2004 durch weitere Erhöhungen der Tabaksteuer. Ärzte, Apotheker und die Pharmaindustrie bleiben weitgehend verschont.

■ Der Katalog solle, so Schmidt, eine verbindliche Arbeitsgrundlage für alle Fraktionen darstellen. Dass er allerdings „ungerupft" Bundestag und Bundesrat passieren wird, ist nicht zu erwarten. Die von allen Experten geforderte „Systemdebatte" – etwa über das Gutachten der Rürup-Kommission (SPD), die Vorschläge der Herzog-Kommission (Union) oder eine Bürgerversicherung, wie sie nicht mehr nur die Bündnisgrünen fordern – steht weiterhin aus.

■ Verantwortlich für das Finanzdesaster des Gesundheitssystems sind neben der schlechten Wirtschaftslage vor allem die demographische Entwicklung und die erheblich verlängerte Lebenserwartung. An tief greifenden Reformen führt kein Weg vorbei. Trotz wachsenden Problemdrucks dürfe jedoch, so *Jutta Hoffritz* in ihrem Essay, nicht aus dem Blick geraten, dass Gesundheit kein Produkt wie jedes andere sei.

■ Eine Zwischenbilanz der rot-grünen Gesundheitspolitik zieht *Thomas Gerlinger*. Zunächst habe die Regierung Schröder vor allem die Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beibehaltung eines einheitlichen Leistungskatalogs angestrebt. Nach der Bundestagswahl 2002 kam es zu einem Kurswechsel: Aufgrund der notwendigen Zusammenarbeit mit der Opposition müsse künftig von stärkeren Belastungen für Versicherte und Patienten ausgegangen werden.

■ In einer politikwissenschaftlichen Analyse gelangt *Nils C. Bandelow* zu einem ermutigenden Befund: Auch wenn in unserer „Verhandlungsdemokratie" unzählige Interessen und Verbände an der Entscheidungsfindung mitwirkten, sei es doch möglich, zu einem Reformkonsens zu gelangen. Allerdings seien Gesundheitsreformen bisher nahezu ausschließlich auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen worden. Der Autor hält die Auflösung von Blockaden für eine nachhaltige Systemveränderung für unabdingbar.

■ In einer zeithistorischen Skizze erläutert *Ulrike Lindner* die Genese eines Systems, das auf die Bismarck'schen Sozialreformen zurückgeht. Die überkommenen Strukturen des Gesundheitswesens hätten sich aufgrund der Beharrungskräfte seiner Akteure als außergewöhnlich reformresistent gegenüber politischen Steuerungsversuchen erwiesen.

■ Abschließend ziehen *Annette Riesberg*, *Susanne Weinbrenner* und *Reinhard Busse* einen europäischen Vergleich der Gesundheitssysteme. Ein konstruktives Aufnehmen der im Entwurf einer EU-Verfassung verankerten „Methode der offenen Koordinierung" im Gesundheitssystem böte einen Ansatz zur gemeinsamen Gestaltung eines künftigen Sozial- und Wirtschaftsmodells.

Hans-Georg Golz ■

Jutta Hoffritz

Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere

Gesundheit ist ein Thema, über das die meisten erst nachdenken, wenn es irgendwo zwickt. Manche sträuben sich selbst dann noch, denn häufig verursacht eine Behandlung erst zusätzliche Schmerzen, bevor sie Linderung verschafft.

Ähnlich ist es mit der Gesundheitspolitik. Reformen sind schmerzhaft – und doch führt kein Weg an ihnen vorbei. Früher galt die Patientenversorgung hierzulande als beispielhaft – innovativ, gerecht und bezahlbar. Deutschland fungierte als „Apotheke der Welt“. Deutsche Arzneien nährten die Hoffnung, dass irgendwann jedes Leiden heilbar sein würde. Wer Pharmazie oder Medizin studierte, hatte sein Glück gemacht. Gleichzeitig war die Gesundheitsversorgung für jedermann erschwinglich: Vor drei Jahrzehnten zahlte man in Deutschland nur acht Prozent seines Lohnes an die Krankenkasse. Kostenerwägungen waren in den Kliniken tabu.

Das war einmal. Seither stiegen die Krankenkassenbeiträge beständig: Inzwischen liegen sie bei über 14 Prozent. Und allen bisherigen Bemühungen zum Trotz öffnen sich immer wieder neue Finanzierungslücken. Zwar macht die Wissenschaft weiter große Fortschritte: Krebspatienten können heute gerettet, Herzen, Nieren und Lebern verpflanzt werden. Früher galt Aids als Todesurteil, inzwischen leben die Patienten oft Jahrzehnte mit dieser Diagnose. Das Virus hat viel von seinem Schrecken verloren. Und möglicherweise gibt es sogar bald eine Impfung gegen die Immunschwächekrankheit.

Allerdings stammen die Arzneien und Therapien, die all das ermöglichen, immer häufiger aus dem Ausland. Deutschlands Gesundheitssystem hat seine Innovationskraft eingebüßt. Es ist teuer und mittelmäßig geworden.

Und gerecht ist das System auch nicht, weil es die Arbeitenden einseitig belastet. Wer hauptsächlich von Miet- und Zinseinnahmen lebt, muss davon kaum etwas für die Gesundheit abgeben. Früher fiel das nicht ins Gewicht, weil es weniger Aktien- und Hausbesitzer gab. Inzwischen ist das anders. Außerdem zahlten in Zeiten der Vollbeschäftigung viele wenig für die Gesundheitsversorgung. Durch die hohe Arbeitslosigkeit dreht sich die Situation um. Immer weniger Erwerbstätige müssen immer mehr bezahlen. Gleichzeitig wirken Kassenbeiträge – so, wie sie in Deutschland erhoben werden – wie eine Art Steuer auf Arbeit. Sie verteuern Jobs und belasten ihrerseits den Arbeitsmarkt: ein Teufelskreis.

Es gibt zwei Möglichkeiten, diesen unseligen Kreislauf zu durchbrechen. Man könnte erstens die Krankenkassenbeiträge unabhängig vom Arbeitseinkommen erheben, wie dies etwa in der Schweiz praktiziert wird. Wenn jeder Bürger einen Beitrag für seine Gesundheitsversorgung leistete, wären Pro-Kopf-Pauschalen von etwa 200 Euro fällig. Für Kleinverdiener mit großen Familien wäre das allerdings ein Problem. Die kostenlose Mitversicherung von Ehegatten und Kindern, wie wir sie von den gesetzlichen Kassen gewohnt sind, ist dabei nicht vorgesehen. In diesem Fall müsste die Versicherung für Arme aus Steuermitteln subventioniert werden. Ökonomisch betrachtet ist das durchaus sinnvoll. Statt an zwei Stellen umzuverteilen und die Krankenkasse zur Außenstelle des Finanzamtes zu machen, würden die Wohltaten gebündelt und so die Verwaltung vereinfacht. Allerdings würde das bisher sich selbst tragende System der Gesundheitsversorgung zum milliardenschweren Budgetrisiko für die Regierung – eine Horrorvorstellung für jeden Finanzminister.

Eine zweite Reformalternative bestünde darin, das bisherige System nicht abzuschaffen, sondern durch eine Verbreiterung der Beitragsbasis zu stabilisieren. Dabei würde man Beamte, Selbstständige und „Besserverdiener“, also alle jene, die bisher privat oder per Beihilfe versichert sind, nach und nach in die gesetzliche Krankenkasse einbeziehen. Das Resultat wäre eine „Bürgerversicherung“. Auch dafür spräche einiges. So ist nicht einzusehen, wieso in unserem „solidarischen“ Gesundheitssystem Arme für ganz Arme mitbezahlen, während sich die Stärksten der Gesellschaft aus der Solidarität verabschieden dürfen. Für die Privatversicherungen wäre bei dieser Variante kein Platz, was die Lobbyisten der Assekuranzbranche auf den Plan rufen dürfte.

So ist nicht schwer zu verstehen, warum sich die Politik mit der Entscheidung so schwer tut. Auf der einen Seite drohen gewaltige Budgetrisiken,

auf der anderen Seite die Auseinandersetzung mit einer der mächtigsten Lobbygruppen der Republik. Interessanterweise drängte deshalb weder die Regierung noch die Opposition darauf, diese Finanzierungsfragen in die aktuellen Reformgespräche einzubeziehen. Beide delegierten diese Frage an Expertenkommissionen, die ihre Vorschläge erst vorlegen werden, wenn die aktuelle Reform längst abgeschlossen sein dürfte.

Dennoch spricht vieles dafür, sich mit diesen grundsätzlichen Dingen bald zu befassen. Denn alles, was das Gesundheitssystem momentan belastet, ist nur ein kleiner Vorgeschmack auf die Probleme, die künftig wegen der demographischen Entwicklung drohen. Die Altersstruktur verändert sich; Deutschland vergreist. Nun ist es zwar das Ziel jedes Gesundheitssystems, den Tod hinauszuzögern. Andererseits belastet diese demographische Veränderung die Kassen. Die steigende Lebenserwartung, für den einzelnen Bürger erfreulich, wird für die Gesellschaft als Ganzes zur Belastung. Das Hauptproblem sind – anders als meist behauptet – nicht die Wehwehchen der Senioren. Wir werden nicht nur immer älter; wir bleiben auch länger fit. Und betrachtet man die gesamte Lebensspanne, so häufen sich die Leiden (und damit auch die Behandlungskosten) erst in den letzten sechs Monaten vor dem Tode – ob dieser mit 60 oder 90 Jahren eintritt.

Entscheidender ist der Einfluss der Vergreisung auf die Einnahmen des Gesundheitssystems, denn Rentnerinnen und Rentner zahlen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen geringere Beiträge. Künftig wird also der Anteil derer wachsen, die wenig einzahlen. Gleichzeitig schrumpft durch den Geburtenrückgang die Zahl der Erwerbstätigen, die volle Beiträge leisten. Spätestens ab 2010 wird das deutsche Gesundheitswesen enorme Einnahmeprobleme zu bewältigen haben.

Bei den Leistungen gibt es schon jetzt Mängel. So reklamiert der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen Defizite vor allem bei chronischen Krankheiten. Hierzulande sterben Frauen an Brustkrebs, weil Geschwüre nicht rechtzeitig erkannt werden. Zuckerkranke büßen Sehkraft oder sogar Gliedmaßen ein, weil Ärzte es versäumen, bei den Diabetikern routinemäßig auf Augen und Füße zu achten. Asthmatiker werden mit Erstickungsgefahr und Todesangst ins Krankenhaus eingeliefert, obwohl sich die schweren Anfälle durch den korrekten Umgang mit Arzneien und Messgeräten vermeiden ließen.

Herrscht also Unterversorgung? Die Statistiken sprechen eine andere Sprache. Deutschland leistet sich pro Bürger mehr Ärzte und Krankenhausbetten als fast jedes andere Land auf der Welt, doch offensichtlich werden die vorhandenen Kapazitäten nicht sinnvoll genutzt. Nach Angaben der OECD für das Jahr 2000 unterhielt Deutschland 6,5 Klinikbetten für je 1000 Einwohner. Damit liegen wir – zusammen mit Ungarn und der Tschechischen Republik – an der Weltspitze. In den USA sind es durchschnittlich 3,1 Betten, in der Schweiz 4,4.

Auch bei den Ärzten (3,6 pro 1000 Einwohner) liegen wir weit vorn, überholt nur von Italien (6) und Österreich (3,9). Die Zahl der Ärzte allein sagt wenig aus. Zwar gilt für die meisten Branchen, dass die Produkte umso besser und die Preise umso niedriger sind, je mehr Anbieter sich am Markt tummeln. Doch die Krankenversorgung ist eben kein normaler Markt. Bei Dienstleistungen wie der des Friseurs entscheidet der Kunde, wie oft er sich die Haare schneiden lassen will. Wer krank ist, muss behandelt werden. Ob operiert wird und wie oft der Patient zur Nachuntersuchung kommt, bestimmt der Arzt. Anders als in anderen Branchen entscheidet nicht der Nachfrager, sondern der Anbieter über die Höhe der Nachfrage.

Und weil wir nicht wollen, dass jeder nur soviel Gesundheit bekommt, wie er Geld zur Verfügung hat, haben wir die Gesetze der Marktwirtschaft außer Kraft gesetzt. Die Gesundheitsbranche funktioniert über weite Strecken nach den Regeln einer Planwirtschaft. Die Preise für ärztliches Leistungen entstehen nicht durch das freie Spiel von Angebot und Nachfrage, sie werden kartelliert zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Was die Behandlung eines einzelnen Patienten kostet, erfährt weder seine Kasse noch er selbst.

Soviel Intransparenz muss zu Ineffizienz führen. Tatsächlich ist neben der Unterversorgung auch die Überversorgung ein Problem. Mitte der neunziger Jahre befragte Friedrich Wilhelm Schwartz von der Medizinischen Hochschule Hannover deutsche Ärzte nach Standards der Schulmedizin. Es ging um ganz alltägliche Eingriffe: um Bandscheiben- und Bypass-Operationen am Herzen, die Entfernung von gutartigen Geschwülsten an Prostata und Gebärmutter, also Eingriffe, die in Deutschland jedes Jahr tausendfach vorgenommen wurden. Das erstaunliche Ergebnis der Befragung: Über die Hälfte der Ärzte hätten bei sich selbst auf Bandscheiben- und Bypass-Operationen verzichtet. Über die Hälfte der Mediziner und Medizinerinnen hätten bei sich selbst gutartige Pros-

tata- oder Gebärmuttergeschwülste nicht entfernen lassen. Die Studie lässt die Schlussfolgerung zu, dass Mediziner bei ihren Patienten großzügiger schneiden, als sie das am eigenen Leibe dulden würden.

Auch bei den Arzneien wird Überfluss gefördert. Zwar ist es sinnvoll, innovative Medikamente durch hohe Preise zu belohnen. Aus diesem Grund gibt es den Patentschutz. Dabei wird Erfindern für einige Zeit die exklusive Vermarktung zugesichert, damit sich die hohen Forschungsinvestitionen bezahlt machen. Doch andererseits sollen die Forscher in den Pharmafirmen auch einen Anreiz haben, weiter zu suchen. Nach Ablauf der Patentfrist dürfen deshalb andere Hersteller die Rezeptur nutzen, um Nachahmerpräparate herzustellen. Diese haben die gleiche Wirkung wie das Original, sind aber in der Regel billiger.

Für die Originalhersteller ist der mit dem Patentablauf beginnende Konkurrenzkampf besonders kritisch, wenn es den Forschern der Firma nicht gelingt, rechtzeitig etwas Neues erfinden. Dann versuchen die Hersteller häufig, bewährte Präparate zu optimieren. Damit wird das Problem der Konzerne zum Problem der Kassen. „Schritt-Innovation“ nennt es die Arzneimittelindustrie, wenn der Patient sein bewährtes Medikament nur einmal statt dreimal am Tag einnehmen muss. „Schein-Innovation“ klagen die Kassen, die der Pseudo-Fortschritt teuer zu stehen kommt. Statt auf billigere Nachahmerprodukte umzusteigen, lassen sich die Patienten weiter hochpreisige Pillenpackungen verschreiben.

Natürlich sind die deutschen Pharma-Manager nicht die einzigen, die solche Tricks kennen. Aber anderswo, etwa in den USA, müssen sich die Hersteller mehr Fragen gefallen lassen, dort werden Medikamente auch einer Kosten-Nutzen-Prüfung unterzogen. In Deutschland wird bei der Zulassung nur geprüft, ob das Medikament die versprochene Wirkung erzielt und ernste Nebenwirkungen vermeidet. Niemand fragt, ob die neue Arznei besser heilt als Altbewährtes. Seit einiger Zeit diskutieren die Gesundheitsexperten auch hierzulande, ob eine solche Zusatzprüfung nicht sinnvoll wäre. Die Industrie wehrt sich vehement. Zum Kreis der Unterstützer zählen – die Krankenkassen.

Doch so sehr die Kassen über hohe Kosten klagen: Sie sind Teil des Problems. Ärzten und Arzneimittelherstellern mögen sie Sparsamkeit predigen, gleichzeitig verbrauchen sie selbst immer mehr Geld. Inzwischen beschäftigen allein die gesetzlichen Krankenkassen rund 150 000 Mitarbeiter, mehr als fast jede Behörde der Bundesrepublik. Lange haben auch Politiker durch Ressort-Egoismen zur Ausbeutung der Kassen beigetragen. Wieder und wieder wurden in den vergangenen Jahren die Krankenversicherungsbeiträge für Rentner oder Arbeitslose abgesenkt. Welcher Minister auch für die Transfereinkommen zuständig war – wenn das Budget knapp wurde, mussten die Krankenkassen bluten. Dadurch gehen ihnen jedes Jahr mehrere Milliarden Euro Beiträge verloren.

Auch die Versicherten tragen Schuld. Sie verhalten sich wie Autobesitzer, die für ihren Wagen eine Vollkaskopolice abschließen und fortan stets zu dicht auffahren und immer knapp einparken. „Moral hazard“ nennen Experten dieses Phänomen, wenn eine Versicherung den Versicherten zu verantwortungslosem Verhalten verführt.

Früher waren Polio und Pocken, Masern und Mumps Geißeln der Menschheit. Diese Krankheiten sind zurückgedrängt. Inzwischen richten sich die Wohlstandsbürger weitgehend selber zu Grunde. Sie rauchen, essen und trinken zu viel und bewegen sich zu wenig. Altersdiabetes ist inzwischen schon bei Kindern auf dem Vormarsch.

Schon heute strangulieren die chronischen Krankheiten die Kassen. Ein Fünftel der Versicherten verursacht vier Fünftel der Kosten. Eigentlich müsste es bei den Krankenkassen ähnlich wie bei der Autoversicherung verschiedene Risikoklassen geben, mit Rabatten für dünne Dauerläufer und Aufschlägen für Kettenraucher und Korntrinker. Darüber diskutieren die Versicherer zwar immer wieder, doch vor allem aus Marketinggründen, weil sie jung-dynamische Gutverdiener anlocken wollen. Niemand kann ernsthaft glauben, durch Boni einen Faulen zum Frühsport zu verlocken. Den Kassen selbst sind exakte Bonussysteme mit risikoadäquaten Beiträgen zu aufwändig. Denn dabei müssten sie ihren Mitgliedern Tag und Nacht hinterherschnüffeln.

Die Gesundheitsindustrie ist keine normale Branche. Wegen der vielen Intransparenzen diagnostizieren Ökonomen bei der Krankenversorgung ein Marktversagen. Nicht nur Ärzte, Arzneimittelhersteller und Kassen, auch die Patienten haben es sich im System allzu bequem gemacht. Deshalb ist die Politik gefragt. Mit mäßigem Erfolg: In Deutschland folgte in den vergangenen Jahrzehnten eine Reform der nächsten. Allerdings gibt es kein Land, das nicht danach strebt, seine Krankenversorgung besser und effizienter zu gestalten.

Das mag in der Natur der Sache liegen: Solange auf der Welt noch gestorben wird, kann kein Gesundheitsminister seine Aufgabe als erledigt betrachten.

Thomas Gerlinger

Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998–2003

I. Gesundheitspolitischer Wandel in den neunziger Jahren

Seit Mitte der siebziger Jahre ist – gleich, in welcher Regierungskonstellation – die Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das wohl wichtigste Ziel der Gesundheitspolitik. Dabei haben sich die von Parteien und Regierungen verfolgten Handlungsstrategien im Zeitverlauf recht deutlich gewandelt. Noch bis zum Beginn der neunziger Jahre waren die gewachsenen Strukturen und Anreize in der GKV weitgehend unangetastet geblieben. Diese wiesen entweder in Richtung auf eine Ausweitung der Leistungsmenge oder waren zumindest nicht so beschaffen, dass sie die Akteure veranlasst hätten, aus eigenem finanziellen Interesse die Erbringung, Finanzierung oder Inanspruchnahme von Leistungen wirksam einzuschränken.

Insofern war die traditionelle Kostendämpfungspolitik durch den Widerspruch zwischen dem globalen Ziel der Beitragssatzstabilität bzw. der Ausgabenbegrenzung und den finanziellen Anreizen für die Individualakteure gekennzeichnet.[1] Auf Seiten der Leistungserbringer (v. a. niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser) waren es die geltenden Vergütungs- und Finanzierungsformen, insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip in der stationären Versorgung und die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor, von denen starke Anreize zur Mengenausweitung ausgingen. Gleichzeitig genossen die Kassen durch das System der weitgehend starren Mitgliederzuweisung de facto Bestandsschutz. Zwar versuchten die Finanzierungsträger auch unter diesen Bedingungen, Beitragssatzanhebungen zu vermeiden, gleichwohl waren absehbare Erhöhungen in ihren negativen Auswirkungen auf die Kassen begrenzt und überschaubar.

Das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) leitete einen tief greifenden Wandlungsprozess in der GKV ein, den – wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten – sowohl die konservativ-liberale Koalition mit der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform 1996/97 als auch die rot-grüne Koalition mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG 2000) weiterverfolgten. Im Zuge dieses Wandels kam eine Reihe von Steuerungsinstrumenten zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so ausgebaut wurden, dass sie die Anreizstrukturen für die Akteure nachhaltig veränderten:

– Mit der Einführung der freien Kassenwahl verloren die Krankenkassen ihre Bestandsgarantie. Der Beitragssatz wurde zum entscheidenden Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder, und jede Beitragssatzanhebung war fortan mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen verbunden.

– Die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer schuf einen Anreiz, die Leistungen je Patient zu reduzieren bzw. nicht über definierte Grenzen hinaus ansteigen zu lassen.[2]

- Mit der Einführung neuer Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Einführung von Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen, einer kräftigen Anhebung und Dynamisierung sämtlicher Zuzahlungen, der Ausgliederung des Zahnersatzes für alle unter 18-Jährigen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen und ähnlichen Maßnahmen führte der Gesetzgeber 1996/97 einen Schub bei der Privatisierung von Krankenbehandlungskosten in der GKV herbei, die weit über die bisherige Praxis der sukzessiven und insgesamt eher moderaten Anhebung von Zuzahlungen hinausging.

Parallel wurde die Handlungsfreiheit der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern erweitert, insbesondere ihre Möglichkeit, Verträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten – und nicht mehr ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als regionaler ärztlicher Monopolvertretung – abzuschließen bzw. Verträge mit ein-

1 Vgl. Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (WZB-Discussion Paper P02–205), Berlin 2002.

2 Vgl. für den Krankenhaussektor: Michael Simon, Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen – Wiesbaden 2000.

zelnen Krankenhäusern zu kündigen. Auf diese Weise sollten die Kassen, bisher weitgehend auf die Funktion des Kostenträgers beschränkt, in die Lage versetzt werden, Verbesserungen von Wirtschaftlichkeit und Qualität gegenüber den Leistungsanbietern durchzusetzen, also gleichsam zum Rationalisierungsagenten in der GKV mutieren.

Gemeinsam ist den genannten Steuerungsinstrumenten, dass sie für die beteiligten Individualakteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) Anreize schaffen sollen, sich auf der Basis ihrer finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Sie sollen Kohärenz zwischen dem gesundheitspolitischem Globalziel der Kostendämpfung und individuellen Handlungsrationalitäten bei der Erbringung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen herstellen.[3]

Dass CDU/CSU und FDP auch den Patienten in dieses System finanzieller Anreize einbezogen, war zum einen Ausdruck der Überzeugung, dass ein umfassender Leistungsanspruch der Versicherten ohne deren direkte Kostenbeteiligung nicht länger finanzierbar und aus ordnungspolitischen Gründen auch nicht wünschenswert sei. Zum anderen sahen sie darin ein Instrument, das dem Gesundheitswesen nun jene kaufkräftige Nachfrage zuführen sollte, die ihm durch die Anbindung der GKV-Ausgaben an die Einkommen aus abhängiger Arbeit bisher vorenthalten worden war. Auf diese Weise sollte die Privatisierung dazu beitragen, Wachstumspotenziale im Gesundheitssektor zu erschließen und entsprechende Beschäftigungsimpulse zu erzielen (vom „Kostenfaktor“ zur „Zukunftsbranche“).

II. Rot-grüne Gesundheitspolitik: Leitbild und legislative Maßnahmen

Der skizzierte Wandel der Gesundheitspolitik, den SPD und Bündnis 90/Die Grünen bei der Regierungsübernahme 1998 vorfanden, ging nicht auf das Konto der konservativ-liberalen Regierungskoalition allein. Vielmehr waren die erwähnten Weichenstellungen des GSG im Jahre 1992 in einer großen Koalition von CDU/CSU und SPD vorgenommen worden.[4] Dies gilt jedoch nicht für den erwähnten Privatisierungsschub 1996/97, der zwischen Regierung und Opposition heftig umstritten war.

Das gesundheitspolitische Leitbild, dem die Regierung von Gerhard Schröder in der ersten Legislaturperiode folgte, bestand darin, durch eine Modernisierung von Versorgungsstrukturen und Vertragsbeziehungen Wirtschaftlichkeitspotenziale in der GKV zu erschließen, die es gestatten sollten, das Ziel der Beitragssatzstabilität und das Festhalten an einem einheitlichen, alles medizinisch Notwendige umfassenden GKV-Leistungskatalog miteinander zu verknüpfen.

Seit dem Regierungsantritt von Rot-Grün lassen sich drei recht deutlich voneinander zu unterscheidende Phasen identifizieren. Im Mittelpunkt der ersten Phase (1998 bis 2000) standen die Rücknahme der von der Vorgängerregierung ergriffenen Privatisierungsmaßnahmen und die parlamentarische Durchsetzung eines eigenen ambitionierten Reformprojekts, das eine auf Kostensenkung und Qualitätsverbesserung zielende Modernisierung von Vertragsbeziehungen und Versorgungsstrukturen zum Ziel hatte. In der zweiten Phase (2001 bis 2002) befasste sich die Koalition auf einer Reihe von Feldern (v. a. Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich, Arzneimittelversorgung) mit der Korrektur sichtbar gewordener Fehlsteuerungen. Seit Beginn der 15. Legislaturperiode verfolgt Gesundheitsministerin Ulla Schmidt mit der Gesundheitsreform 2003 ein recht weitgehendes Reformprojekt, das auf eine weitere Modernisierung von Versorgungsstrukturen zielt, dabei aber – im Unterschied zu den ersten beiden Phasen – eine deutliche Umverteilung der Finanzierungslasten von den Arbeitgebern zu den Versicherten bzw. den Patienten vorsieht.

1. Revision des Privatisierungsschubs und das GKV-GRG 2000

Der im Zuge der „dritten Stufe“ der Gesundheitsreform vollzogene Privatisierungsschub bot SPD und Bündnis 90/Die Grünen eine willkommene

3 Hier soll es nicht um die Frage gehen, ob finanzielle Anreize für die Versicherten (also z. B. erhöhte Zuzahlungen) auch die Inanspruchnahme von Leistungen tatsächlich in signifikantem Umfang reduzieren; entscheidend ist, dass die politischen Entscheidungsträger sich diesen Effekt, zumindest aber eine finanzielle Entlastung der Krankenkassen, erhoffen. Empirische Befunde sprechen dafür, dass ein Steuerungseffekt vor allem dann eintritt, wenn die Kosten für die Patienten finanziell spürbar sind. In diesem Fall treffen sie aber insbesondere sozial schwache Bevölkerungsschichten und bergen darüber hinaus die Gefahr, dass medizinisch notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen unterbleiben oder verzögert werden.

4 Vgl. z. B. Philip Manow, Strukturinduzierte Politikgleichgewichte: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und seine Vorgänger (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Discussion Paper 94/5), Köln 1994.

Gelegenheit, die Gesundheitspolitik der Regierung Kohl zu attackieren und sich als soziale Alternative zu präsentieren. Unmittelbar nach dem Regierungsantritt nahmen sie mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz den Großteil der Maßnahmen zurück. Parallel dazu griff die rot-grüne Gesundheitspolitik auf die 1993 in Kraft getretenen und später von der konservativ-liberalen Koalition teilweise aufgehobenen Budgets zurück.

Das GKV-GRG 2000, am 1. Januar 2000 in Kraft getreten, war als umfangreiches Reformwerk angelegt, das die Erreichung der skizzierten Ziele gewährleisten sollte. Welche Grundlinien lassen sich in der Vielzahl der Einzelbestimmungen erkennen? Ebenso wie bei CDU/CSU und FDP genießt das Ziel der Beitragssatzstabilität in der GKV hohe Priorität. Dabei fasste Rot-Grün diesen Grundsatz noch schärfer, als dies in den gesundheitspolitischen Reformen der Ära Kohl geschehen war. Das GKV-GRG 2000 ließ die Eckpunkte der 1992 vereinbarten Organisationsreform – die freie Kassenwahl der Versicherten, den damit institutionalisierten Kassenwettbewerb und den Risikostrukturausgleich (RSA)[5] – unverändert.

Außerdem wurde die Reform von Vergütungsstrukturen fortgesetzt. Dafür steht insbesondere die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen („Diagnosis Related Groups“ – DRGs) bei der Vergütung von Krankenhausleistungen, die man mit guten Gründen als wichtigstes Vorhaben des GKV-GRG 2000 bezeichnen kann. Zum 1. Januar 2004 sollen nahezu alle Leistungen des Krankenhauses auf der Grundlage von DRGs vergütet werden. Bisher erfasst der pauschalierte Anteil nur etwa 25 Prozent der Krankenhauskosten. Mit der DRG-Einführung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, einen Anreiz zur Verkürzung der Verweildauer zu schaffen und auf diese Weise Wirtschaftlichkeitsreserven in der medizinischen Versorgung zu erschließen.[6] Das geschieht nicht mehr wie in der Vergangenheit auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern – bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall – auf dem der Leistungsminimierung. So können die Krankenhäuser ihren Gewinn erhöhen, denn dieser ergibt sich nun aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten.

Das GKV-GRG 2000 enthielt daneben eine Reihe von Bestimmungen, welche die Effizienz der medizinischen Versorgung erhöhen sollten. Im Zentrum steht das Ziel, die hausärztliche Versorgung zu stärken und den Aufbau integrierter Versorgungsformen zu erleichtern. Die Maßnahmen zur Reform von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen wurden begleitet von gesetzlichen Vorgaben. Dazu zählen vor allem konkretisierte Pflichten der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements (§§ 135 ff. SGB V). Auch die erneut ins Sozialgesetzbuch aufgenommene Einführung einer Positivliste der verordnungsfähigen Arzneimittel (§ 33a SGB V) zielt auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Hervorzuheben ist ferner die Wiederaufwertung von Primärprävention und Gesundheitsförderung als Aufgabenfeld der Krankenkassen (§ 20 SGB V). Des Weiteren setzte das GKV-GRG 2000 den Trend der sukzessiven Stärkung der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern fort. Sie kommt vor allem in der Erweiterung von deren vertragspolitischen Handlungsmöglichkeiten bei der Vereinbarung von Modellvorhaben (§ 64 SGB V) und integrierten Versorgungsformen (§ 140b SGB V) zum Ausdruck. Allerdings blieb der Kompetenzzuwachs der Kassen deutlich hinter deren Forderungen zurück.

2. Korrektur von Fehlentwicklungen

Nach der Verabschiedung des GKV-GRG 2000 rückten eine Reihe von Steuerungsproblemen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, die in erster Linie durch das Festhalten an der geschaffenen Wettbewerbsordnung und durch die Praxis der Budgetierung hervorgerufen worden waren. Die Kumulation dieser Probleme veranlasste die Bundesregierung zu neuerlichen Interventionen, so dass es in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode eher um die nachträgliche Korrektur sichtbar gewordener Fehlentwicklungen als um positive Gestaltungskonzepte ging. Diese Interventionen betrafen vor allem zwei Problemfelder: den Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen und die Arzneimittelversorgung.

Recht bald nach dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl am 1. Januar 1997 deutete sich an, dass die Reform der GKV-Organisation zu neuen Ver-

5 Beim RSA handelt es sich um ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassenarten. Kassen mit günstigerer Versichertenstruktur müssen an Kassen mit ungünstiger Versichertenstruktur einen Teil ihrer Einnahmen abführen. Berücksichtigt wurden dabei zunächst die Parameter „Einkommen“, „Alter“, „Geschlecht“ und „Familienlastquote“ sowie „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“. Der RSA sollte die unterschiedlichen finanziellen Risiken, die sich aus der spezifischen Zusammensetzung ihrer Versichertenklientel ergeben, ausgleichen und die Anreize zur Selektion „guter Risiken“ abschwächen.

6 Vgl. Günter Neubauer, Auswirkungen eines DRG-basierten Vergütungssystems auf den Wettbewerb der Krankenhäuser, in: Eberhard Wille (Hrsg.), Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2002, S. 159–176.

werfungen in der Kassenlandschaft führen würde. Da der Risikostrukturausgleich (RSA) nicht den Krankheitszustand der Versicherten beim Finanzausgleich zwischen den Kassen berücksichtigte, umwarben diese vor allem „günstige“ Risiken, also Gesunde. Einige Kassen (in erster Linie Betriebskrankenkassen) waren dabei besonders erfolgreich, hingegen blieben vor allem die Ortskrankenkassen, aber zunehmend auch die großen Ersatzkassen auf ihren „schlechten“ Risiken sitzen. Ohne staatliche Eingriffe drohte ein Teufelskreis aus immer neuen Beitragssatzanhebungen und Mitgliederabwanderungen. Zu den bedenklichen Auswirkungen dieses Anreizsystems zählte, dass die Kassen sich angesichts der erheblichen Wettbewerbsvorteile, die eine erfolgreiche Risikoselektion versprach, nicht in der erhofften Intensität um die Schaffung effizienterer Versorgungsformen bemühten. Vor diesem Hintergrund war eine Reform des RSA unausweichlich geworden.

Das 2001 schließlich verabschiedete Maßnahmenpaket verfolgt das Ziel, die Morbidität der Versicherten stärker zu berücksichtigen, so die Anreize zur Risikoselektion zu vermindern und gleichzeitig das Interesse der Kassen an einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker zu erhöhen. Von besonderer Bedeutung ist, dass die Kassen aus dem Finanzausgleich zusätzliche Mittel erhalten, wenn sie chronisch kranke Versicherte im Rahmen von „Disease-Management“-Programmen (DMPs) versorgen. DMPs sind sektorenübergreifende Programme zur Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen, die sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren und auf diese Weise dazu beitragen sollen, die Versorgung zu verbessern. Schließlich soll ab 2007 der RSA vollständig am Morbiditätsstatus der Versicherten ausgerichtet werden.

Jedoch erscheint es fraglich, ob das Ziel der verbesserten Versorgung chronisch Kranker mit den eingesetzten Instrumenten erreicht werden kann. Zum einen schafft die Verknüpfung von RSA und DMPs für die Krankenkassen zunächst einmal den Anreiz, eine möglichst hohe Anzahl von Versicherten zu bewegen, sich in derartige Programme einzuschreiben – aber nicht unbedingt einen Anreiz, qualitativ hochwertige Programme aufzulegen und dafür Sorge zu tragen, dass Ärzte und Patienten die vereinbarten Behandlungsleitlinien tatsächlich befolgen. Zum anderen werden starke Anreize zur Risikoselektion fortbestehen, weil sich die DMPs nur auf einen Teil der chronisch Kranken erstrecken. Eine Kasse wird also auch künftig von einer günstigen Risikozusammensetzung ihres Versichertenkreises profitieren.

In der Arzneimittelversorgung standen die seit 1993 geltenden Budgets im Zentrum der Auseinandersetzung. Sie waren vor allem den Vertragsärzten ein Dorn im Auge, weil sie darin eine Einschränkung ihrer Verordnungsfreiheit sahen und im Falle einer Budgetüberschreitung mit einem – allerdings niemals vollzogenen – Kollektivregress bedroht waren. Unter dem Druck der Vertragsärzteschaft hob die Regierungskoalition die Arznei- und Heilmittelbudgets zum 1. Januar 2001 auf. Stattdessen soll die gemeinsame Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen nunmehr auf Bundes- und auf regionaler Ebene eine Obergrenze für die Arzneimittelausgaben vereinbaren und sich gleichzeitig auf die Definition von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen verständigen. Dazu zählen z. B. die Umstellung der Versorgung, wo möglich, auf preisgünstige Generika und der Verzicht auf die Verordnung teurer Arzneimittelinnovationen, deren therapeutischer Zusatznutzen nicht nachgewiesen oder nur gering ist. Allerdings führte die Aufhebung der Budgets zu einem starken Anstieg der Arzneimittelausgaben, den auch die Vielzahl nachträglicher Interventionen nicht verhindern konnte.

Immerhin zeigen die Einführung der DMPs und die Pflicht zum Abschluss von Qualitätsvereinbarungen in der Arzneimittelversorgung, dass Rot-Grün bei der Korrektur von Fehlentwicklungen darum bemüht war, auf eine verbesserte Versorgungsqualität zielende Instrumente in die verabschiedeten Maßnahmenpakete einzubeziehen – wenn auch mit geringem Erfolg (Arzneimittelversorgung) bzw. durchaus ungewissen Erfolgsaussichten (DMPs).

3. Kontinuität und neue Akzente

Das skizzierte gesundheitspolitische Leitbild von Rot-Grün enthält im Verhältnis zur Gesundheitspolitik der Vorgängerregierungen sowohl Kontinuitätselemente als auch neue Akzente. Kontinuität existiert vor allem im Hinblick auf den Vorrang der Ausgabenbegrenzung und das Ziel der Beitragssatzstabilität. Sie lässt sich aber auch im Hinblick auf wichtige Steuerungsinstrumente feststellen: Ebenso wie die konservativ-liberale Koalition hält rot-grüne Gesundheitspolitik an der freien Kassenwahl und dem damit institutionalisierten Kassenwettbewerb fest; desgleichen setzt sie den Trend zur Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungsanbieter und die Stärkung der Kassenseite fort.

Neue Akzente sind vor allem in den verstärkten Bemühungen zu sehen, die Versorgungsqualität

durch die gesetzliche Formulierung von Pflichten bzw. die gesetzliche Schaffung zielführender Handlungsanreize und Handlungskompetenzen zu verbessern. Die wichtigste Differenz zwischen der rot-grünen Gesundheitspolitik während der 14. Legislaturperiode und der vorangegangenen konservativ-liberalen Gesundheitspolitik lag sicherlich in der Frage, ob der einheitliche und alles medizinisch Notwendige umfassende Leistungskatalog der GKV zur Disposition zu stellen ist. Allerdings war die Ablehnung einer weiter gehenden Privatisierung des Krankheitsrisikos bei der SPD und erst recht bei den Grünen niemals unumstritten. Nunmehr zeichnet sich mit dem Entwurf für die Gesundheitsreform 2003 ab, dass die finanzielle Belastung der Versicherten und Patienten einen deutlichen Schub erhalten wird.

Die Bemühungen um erweiterte Optionen und neue Anreize für die Schaffung neuer Versorgungsformen sowie die Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssicherung sind nicht einfach nur eine Reaktion auf die Versorgungsmängel im deutschen Gesundheitswesen. Vielmehr gewinnen sie eine spezifische Bedeutung im Kontext der skizzierten gesundheitspolitischen Handlungsstrategie. Zum einen waren es in erster Linie diese Maßnahmen, mit deren Hilfe die Regierung Schröder die Effizienz im Versorgungssystem steigern wollte. Dabei schwang stets die Hoffnung mit, auf diesem Wege nicht nur eine bessere Versorgung gewährleisten, sondern auch unnötige Kosten vermeiden zu können. Zum anderen sollten sie aber auch dazu beitragen, den von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehenden Anreizen zur Unterversorgung und Qualitätsminderung – also z. B. der Kosteneinsparung durch vorzeitige Entlassungen oder Verlegungen von Patienten, durch die Selektion einfacher Behandlungsfälle, durch das Unterlassen von Leistungen – entgegenzuwirken.

Der Trend zur Stärkung wettbewerblicher Elemente hat sich weiter fortgesetzt. In wachsendem Maße wendet sich der Staat direkt an die Individualakteure auf der Mikroebene und erweitert deren versorgungs- und vergütungspolitische Handlungsspielräume.[7] Deutlich wird dies vor allem in den erwähnten Möglichkeiten der Kassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beim Abschluss von Verträgen über Modellvorhaben und integrierte Versorgungsstrukturen zu umgehen. Dabei erhalten die Kassen diese Spielräume nicht mehr in der Perspektive, sie als Solidargemeinschaft der GKV-Träger, sondern als – zwar in einen öffentlich-rechtlichen Rahmen eingebettete, aber im Kern eben doch – konkurrierende, rational handelnde Wirtschaftssubjekte zu nutzen. Die Implementation derartiger Steuerungsinstrumente geht mit einer partiellen Rückführung korporatistischer Steuerungsformen und mit erweiterten Handlungsspielräumen für die Individualakteure einher, um diese in die Lage zu versetzen, den veränderten Anreizen zu folgen.

Allerdings bedeuten diese Entwicklungstendenzen nicht, dass korporatistische bzw. unmittelbar staatliche Regulierungskompetenzen als Restgröße zu betrachten wären. Vielmehr ist die staatliche Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch zusammengesetzte, zentralisierte, verbandliche Steuerungsgremien nach wie vor von großer Bedeutung und wurde in einigen Bereichen sogar ausgeweitet. Unter diesen Steuerungsgremien ist vor allem der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, ein paritätisch aus Vertretern von Krankenkassen und Vertragsärzten besetztes Gremium, hervorzuheben. Er erfuhr im Zuge des gesundheitspolitischen Wandels der neunziger Jahre einen neuerlichen Bedeutungszuwachs und ist mit einem umfassenden Auftrag zum Erlass verbindlicher Richtlinien zu nahezu allen Bereichen der ambulanten Behandlung ausgestattet.[8]

Darüber hinaus setzt der Staat einen zunehmend restriktiven Handlungsrahmen für die kollektivvertraglichen Regelungen in der GKV. Dies betrifft insbesondere die Ausgabenentwicklung. Die sektoralen Budgetierungen seit 1993, die Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, die im Beitragsentlastungsgesetz 1996 staatlicherseits oktroyierte Senkung der GKV-Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte oder das 2003 verfügte Einfrieren von GKV-Ausgaben sind prägnanter Ausdruck hierarchischer Intervention und des Misstrauens gegenüber der Fähigkeit und Bereitschaft der Selbstverwaltung, die Einhaltung globaler Ausgabenziele aus eigener Veranlassung zu gewährleisten.

Dass sich parallel zur Einführung von Wettbewerbsmechanismen und zur Aufwertung der Individualakteure als Regulierungsinstanzen ein partieller Bedeutungszuwachs zentralisierter, parastaatlicher Gremien sowie direkter staatlicher Intervention vollzieht, ist ein Hinweis darauf, dass

7 Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2003 (i. E.).

8 Vgl. Hans-Jürgen Urban, Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (WZB-Discussion Paper P01–206), Berlin 2001.

die Regulierung eines Politikfeldes kein Nullsummenspiel aus wettbewerblichen einerseits und korporativen bzw. staatlichen Regelungen andererseits ist. Einer der wichtigsten Gründe für die Beharrungskraft korporatistischer Regelung und staatlicher Intervention im Gesundheitswesen liegt in den skizzierten Ökonomisierungstendenzen selbst. Beide sind in vielen Fällen eine Reaktion auf wahrgenommene oder aufgrund bisheriger Erfahrungen antizipierte Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Kassenwettbewerb ausgehen. Dies wird insbesondere deutlich im Hinblick auf die formalrechtliche Aufwertung, die das Feld der Qualitätssicherung in den vergangenen Jahren in der GKV erfahren hat. Gerade wegen der Anreize zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung werden kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbarer denn je, wenn verhindert werden soll, dass Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen.

III. Gesundheitspolitische Ziele und gesundheitspolitische Realität

1. Modernisierung von Versorgungsstrukturen

Inwiefern hat Rot-Grün die drei selbst gesteckten Hauptziele in der Gesundheitspolitik erreicht? Die Bemühungen zur Etablierung neuer Versorgungsformen (Praxisnetze, Hausarztnetze, sektorenübergreifende Versorgung) und zur Verbesserung der Versorgungsqualität haben sich bisher kaum in der Praxis niedergeschlagen. Dies gilt insbesondere für die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsformen auf der Grundlage von § 140 a-h SGB V. Die potenziellen Integrationsakteure haben mehr als drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieser Bestimmung so gut wie gar nicht von den neuen Handlungsspielräumen in der Vertragspolitik Gebrauch gemacht. Angesichts dessen hat sich die anfängliche Euphorie schnell gelegt.

Auch die in die Etablierung von Praxisnetzen gesetzten Hoffnungen auf eine Qualitätsverbesserung bei ausgabenneutraler oder sogar kostengünstigerer Finanzierung haben sich bisher überwiegend nicht erfüllt.[9] Zwar sind seit dem Inkrafttreten dieser Regelungen eine Reihe von Versorgungsprojekten auf den Weg gebracht worden. Aber eine Veränderung von Versorgungsverläufen hat sich in vielen Fällen ebenso wenig eingestellt wie eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Auch Einsparungen lassen sich meistens nicht nachweisen oder fallen nur gering aus. Zumindest in der Anfangsphase verursachen Praxisnetze üblicherweise sogar weit höhere Kosten als die Regelversorgung, und nicht selten werden sie wieder eingestellt. Insgesamt haben sie sich bisher nicht als die Inseln erwiesen, von denen die Modernisierung des gesamten Versorgungssystems ausgehen könnte. Die Bilanz indikationsbezogener Versorgungsformen für chronisch Kranke fällt im Vergleich zu denen von Praxisnetzen etwas positiver aus, jedoch ist ihre Zahl insgesamt sehr gering; bisher wird nur ein sehr kleiner Teil der chronisch Kranken auf diesem Wege versorgt.

Die Ursachen sind vor allem im Widerspruch zwischen Steuerungszielen und -instrumenten zu suchen. Von überragender Bedeutung sind die durch die Wettbewerbsordnung geschaffenen Interessen der Kassen. Der Zuschnitt der GKV-Wettbewerbsordnung schafft einen Anreiz, Konkurrenz in erster Linie auf dem Wege der Selektion „guter Risiken" auszutragen. In der GKV verursachten 1998 und 1999 die teuersten zehn Prozent der Versicherten, bezogen auf Krankenhausbehandlung, Krankengeld und Arzneimittel, etwa 80 Prozent der Leistungsausgaben.[10] Wenn es einer Krankenkasse gelingt, den Anteil dieser Gruppe an ihrem Versichertenkreis möglichst gering zu halten, kann sie viel wirksamer Kostenvorteile gegenüber den Konkurrenten erzielen als etwa über die Schaffung effizienterer Versorgungsstrukturen. Aber Kassen halten sich mit deren Entwicklung nicht nur zurück, weil andere Strategien wirkungsvoller sind, sondern auch, weil aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive wünschenswerte Innovationen sich für die einzelne Kasse als Nachteil im Wettbewerb erweisen können. So können die Krankenkassen kein Interesse daran haben, innovative Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen – erst recht dann nicht, wenn sie kostenintensiv sind – und für sie zu werben, denn sie würden Gefahr laufen, damit „teure" Patienten anderer Kassen anzulocken.

Neben den Anreizen des Kassenwettbewerbs wirken vor allem die sektoralen Budgets als Innovationsblockaden: Weil die Gesamtvergütung für ambulante Behandlung budgetiert ist, würde die

9 Vgl. Christina Tophoven, Der lange Weg zur integrierten Versorgung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 56 (2002), S. 12–17.

10 Vgl. Olaf Winkelhake/Ulrich Miegel/Klaus Thormeier, Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999. Konsequenzen für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens, in: Sozialer Fortschritt, 51 (2002), S. 58–61.

mit der Integration von Versorgungsverläufen beabsichtigte Verlagerung von Leistungen in die ambulante Versorgung für die Vertragsärzteschaft insgesamt nicht zu einer Erhöhung des Gesamthonorars, sondern zu einer niedrigeren Vergütung für die einzelne Leistung führen. Ein Mehr an Leistungen würde also nicht durch ein Mehr an Geld belohnt werden, sodass im Rahmen der Budgetierungs- und Vergütungsregelungen sowohl kollektiv als auch individuell kein finanzieller Anreiz zum Abschluss von Integrationsverträgen besteht.

Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, dass wichtige Innovationsprojekte in der Versorgungs- und Präventionspolitik sich schnell im Gestrüpp der Wettbewerbsanreize sowie der geltenden Budgetierungs- und Vergütungsregelungen verfangen. Deutlich wird, dass die Konzipierung, Implementation und Diffusion integrierter Versorgungsmodelle und sozialkompensatorischer Präventionskonzepte komplexe Voraussetzungen haben und es mit der bloßen Erweiterung von gesetzlich eingeräumten Kompetenzen zur Vertragsgestaltung nicht getan ist. Die konstatierten Probleme bei der Implementation innovativer Versorgungsformen bewirken, dass zentrale Steuerungsinstrumente in Widerspruch zu einzelnen Steuerungszielen geraten: Vor allem die sektorale Budgetierung und der Zuschnitt der GKV-Wettbewerbsordnung bringen Handlungszwänge und Anreize hervor, deren Zusammenwirken die Durchsetzung von Innovationen eher behindert als fördert. Ob die DMPs einen Durchbruch bei der Modernisierung von Versorgungsformen darstellen, muss abgewartet werden.

2. Leistungskatalog

Am solidarisch finanzierten und alles medizinisch Notwendige umfassenden Leistungskatalog hat Rot-Grün in der 14. Legislaturperiode festgehalten. Allerdings ist es überaus fraglich, ob unter der formalen Hülle eines aufrechterhaltenen Rechtsanspruchs nicht zumindest in Teilbereichen bereits eine Rationierung medizinischer Leistungen Platz gegriffen hat. Zum einen neigt der aus Vertretern von Kassen und Vertragsärzteschaft zusammengesetzte Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der darüber entscheidet, welche Leistungen von den Krankenkassen zu erstatten sind, unter dem Druck der Budgetierung zu einer zunehmend restriktiven Interpretation der Kriterien, aufgrund derer er über die Erstattungspflicht der Kassen entscheidet.[11] Zum anderen gibt es deutliche Hinweise darauf, dass Ärzte aus Kostengründen ihren GKV-Patienten Leistungen vorenthalten bzw. Kassenleistungen privat verordnen, Leistungen in das folgende Abrechnungsquartal verschieben oder Patienten an andere Institutionen des Versorgungssystems weiterleiten.[12]

3. Beitragssatzentwicklung

Die Bundesregierung hat das Ziel, die Beitragssätze in der GKV stabil zu halten, verfehlt. Sie stiegen zwischen 1998 und 2002 von 13,62 auf 14,01 Prozent. Allerdings ist dies in erster Linie eine Folge der lahmenden Konjunktur. Die nominalen Ausgaben je Mitglied sind zwischen 1998 und 2002 um 11,3 Prozent und damit eher moderat angestiegen, die Einnahmen je Mitglied lediglich um 8,7 Prozent. Die Beitragssatzanhebungen haben also weniger mit spezifischen gesundheitspolitischen Entscheidungen zu tun – wenn man einmal von der Aufhebung der Arzneimittelbudgets absieht, in deren Folge die Leistungsausgaben in diesem Sektor stark zunahmen. Allerdings ist der Anstieg der GKV-Ausgaben auch ein Hinweis darauf, dass die Möglichkeiten zur raschen Erschließung von Einsparpotenzialen durch die Modernisierung von Versorgungsstrukturen wohl auch überschätzt worden sind.

IV. Die Gesundheitsreform 2003

Der Sieg bei der Bundestagswahl 2002 leitete eine dritte Phase rot-grüner Gesundheitspolitik ein. Deren Leitlinien werden in dem Gesetzentwurf für die Gesundheitsreform 2003 deutlich, den die Koalitionsfraktionen am 16. Juni 2003 in den Bundestag einbrachten.[13] Legt man die darin niedergelegten Reformabsichten zugrunde, so zeigt sich erstens, dass der Trend zur Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern fortgesetzt werden soll. Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf die Rolle der KVen: Die alleinige Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags soll künftig auf die hausärztliche Versorgung beschränkt, für die fachärztliche Versorgung hingegen zwischen KVen und Krankenkassen geteilt werden. Fachärzte sollen die Möglichkeit erhalten,

11 Vgl. H.-J. Urban (Anm. 8), S. 36 ff.

12 Vgl. z. B. Bernard Braun, Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?, St. Augustin 2000.

13 Vgl. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), Bundestagsdrucksache 15/1170 vom 16. 6. 2003.

aus dem Kollektivvertragssystem auszuscheiden und Einzelverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Für neu in die vertragsärztliche Versorgung eintretende Fachärzte werden Einzelverträge mit den Kassen sogar obligatorisch.

Zweitens zielt der Gesetzentwurf auf eine weitere Modernisierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere auf eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung und auf einen Ausbau der Qualitätssicherung. Dies kommt u. a. in der geplanten Schaffung eines „Deutschen Zentrums für die Qualität in der Medizin“ und in der Öffnung der Krankenhäuser für hoch spezialisierte ambulante Leistungen zum Ausdruck. Außerdem sollen Gesundheitszentren, die bisher nur in den neuen Bundesländern als Relikte der DDR-Polikliniken in geringer Zahl überlebt haben, künftig im gesamten Bundesgebiet zugelassen werden können. Neu ist, dass diejenigen Versicherten, die nicht als erstes einen Hausarzt aufsuchen oder sich nicht an integrierten Versorgungsformen beteiligen, in erheblichem Umfang finanziell belastet werden, nämlich durch die Erhebung einer einmaligen Praxisgebühr von 15 € pro Quartal und durch drastisch erhöhte Zuzahlungen bei den Arzneimitteln.

Drittens sieht der Gesetzentwurf jenseits dieser Zuzahlungsbestimmungen eine erhebliche Entlastung der Arbeitgeber und eine Belastung von Versicherten bzw. Patienten bei den Krankenversicherungsbeiträgen vor. In diesem Zusammenhang ist vor allem die Befreiung der Arbeitgeber von der Finanzierung des Krankengelds zu erwähnen, das im Jahr 2002 mit 7,6 Mrd. € immerhin 5,3 Prozent der GKV-Ausgaben ausmachte, aber auch die Ausgliederung einiger anderer Leistungen, vor allem die Leistungsbegrenzung bei nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln, sowie die Erhöhung von Zuzahlungen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass private Haushalte 2001 bereits Zuzahlungen zu GKV-Leistungen in Höhe von rund 9,9 Mrd. leisteten.[14] Auch hinter den Ausgaben für die Selbstmedikation aus Apotheken (2001: 3,9 Mrd. €)[15] verbergen sich in erheblichem Umfang Zahlungen von GKV-Versicherten für solche Arzneimittel, die entweder seit Ende der siebziger Jahre aus dem Leistungskatalog ausgegliedert worden sind oder auch gegenwärtig noch der Erstattungspflicht durch die Kassen unterliegen. Zudem ist davon auszugehen, dass die erwähnten Tendenzen zur Ausweitung informeller Rationierungen zu einer Erhöhung der privaten Ausgaben für grundsätzlich dem GKV-Katalog zuzurechnende Leistungen geführt haben, auch wenn deren Höhe nicht exakt zu beziffern ist. Addiert man zu diesen privaten Zahlungen die mit dem Gesetzentwurf verbundenen Belastungen für die Versicherten bzw. Patienten,[16] so dürften sie im Falle einer Umsetzung dieser Pläne bereits rund 60 Prozent der Krankenbehandlungskosten zu tragen haben. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass in die Überweisungen aus der Renten- und der Arbeitslosenversicherung an die GKV in relevantem Umfang steuerfinanzierte Bundeszuschüsse eingehen, die ihrerseits überwiegend aus den Abgaben von Arbeitnehmern aufgebracht werden.

Der Entwurf der CDU/CSU für eine Gesundheitsreform 2003[17] geht noch über die von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vorgesehenen Privatisierungsmaßnahmen hinaus. Er sieht eine Ausgliederung des Zahnersatzes aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen (2001: 3,7 Mrd. €) sowie eine durchgängige zehnprozentige Zuzahlung zu GKV-Leistungen bis zu einer Höhe von zwei Prozent des Bruttoeinkommens vor.

Ende Juni hat die Regierungskoalition das Gesetzgebungsverfahren zur Gesundheitsreform gestoppt und sich – angesichts der notwendigen Zustimmung des Bundesrates zu weiten Teilen des Gesetzespakets – mit der Opposition darauf verständigt, einen gemeinsamen Gesetzentwurf zu erarbeiten, der im September 2003 vorgelegt werden soll. Dies begründet die Vermutung, dass es bei den bisher vorgesehenen Belastungen von Versicherten und Patienten wohl nicht bleiben wird.

14 Schätzung des Statistischen Bundesamtes (Auskunft an den Autor, Mai 2003).

15 Vgl. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (Hrsg.), Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2001 – Unter besonderer Berücksichtigung der Selbstmedikation, Bonn o. J.

16 Der Gesetzentwurf geht von einem Entlastungsvolumen für die GKV in Höhe von 5,6 Mrd. € (ohne Steuerungs- und Struktureffekte) aus (vgl. Anm. 13, S. 391). Darin ist nicht die Befreiung der Arbeitgeber von der Finanzierung des Krankengeldes enthalten.

17 Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz u. a., Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten, Bundestagsdrucksache 15/1174 vom 17. 6. 2003.

Nils C. Bandelow

Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie

Spätestens nachdem Norbert Blüm in den achtziger Jahren die deutsche Gesundheitspolitik mit einem „Wasserballett im Haifischbecken" verglichen hat, sind die Probleme der Durchsetzung grundlegender Gesundheitsreformen in das Zentrum der politischen Diskussion gerückt. Als Hintergrund der scheinbar unüberwindbaren Reformblockaden gilt vor allem die besondere Ausprägung der so genannten „Verhandlungsdemokratie" in diesem Politikfeld. Mit dem Begriff der Verhandlungsdemokratie werden Einschränkungen des Mehrheitsprinzips in der parlamentarischen Demokratie bezeichnet.[1] Entscheidungen in Verhandlungssystemen zielen auf den Konsens aller Beteiligten. Solche Konsenszwänge entstehen etwa durch die Einbindung der Länderregierungen in die Gesetzgebung des Bundes über den Bundesrat. Da Verhandlungssysteme jedem Beteiligten eine Vetomöglichkeit einräumen, gilt die Durchsetzung grundlegender Veränderungen in solchen Systemen als besonders schwierig.[2]

Im Folgenden soll diskutiert werden, ob sich vor dem Hintergrund der komplexen Entscheidungsstrukturen und gegensätzlichen Interessen grundlegende Reformen des deutschen Gesundheitswesens überhaupt durchsetzen lassen. Dazu werden in einem ersten Schritt die wichtigsten Verhandlungsgremien der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung im Hinblick auf die jeweils beteiligten Akteure und die behandelten inhaltlichen Fragen typologisiert. Der zweite Abschnitt benennt die strukturellen Defizite und Probleme der Verhandlungsgremien aus politikwissenschaftlicher Sicht. Anschließend werden die wichtigsten Ziele der Parteien und Interessenverbände aufgezeigt, um Konfliktlinien und Kompromissmöglichkeiten zu verdeutlichen. Im Anschluss an eine Darstellung bisheriger Folgen der Verhandlungsdemokratie für die Entwicklung des Gesundheitswesens werden abschließend Rahmenbedingungen und politische Strategien vorgestellt, die zu einer grundlegenden Umgestaltung des deutschen Gesundheitswesens führen können.

I. Vielzahl verhandlungsdemokratischer Arenen

Die Konsenszwänge in der deutschen Gesundheitspolitik basieren einerseits auf den Besonderheiten des politischen Systems und andererseits auf den spezifischen Strukturen der Interessenvermittlung des Gesundheitssystems. Auf der Ebene des politischen Systems lassen sich vor allem zwei Bereiche der Verhandlungsdemokratie benennen:[3] Der erste Bereich ist die interne Entscheidungsfindung in den Koalitionsregierungen des Bundes und der Länder. Die Politikwissenschaft macht vor allem das deutsche Verhältniswahlrecht dafür verantwortlich, dass absolute Mehrheiten einer Partei eine seltene Ausnahme darstellen. Da in Deutschland zudem (im Gegensatz etwa zu Dänemark) Minderheitsregierungen in der politischen Kultur nicht verankert sind, kommt es fast immer zu Koalitionsregierungen. Während diese meist durch den Konsenszwang zwischen einer großen Regierungspartei und einem (oder mehreren) kleineren Partner(n) geprägt sind, führt der deutsche Verbundföderalismus als zweiter Bereich oft zu Verhandlungszwängen auch zwischen den beiden großen politischen Lagern. Gemeinsame politische Initiativen von Union und SPD lassen sich in Anlehnung an den Politikstil in den Niederlanden und in der Schweiz als Parteienkonkordanz bezeichnen.

Eine solche Parteienkonkordanz ist allerdings mit wesentlichen Problemen verbunden. Nach der

1 Vgl. Arend Lijphart, Patterns of Democracy, New Haven–London 1999.

2 Vgl. etwa Fritz W. Scharpf, Die Politikverflechtungsfalle: europäische Integration und deutscher Föderalismus im Vergleich, in: Politische Vierteljahresschrift, 26 (1985) 4, S. 323–356; Georg Tsebelis, Veto Players. How Political Institutions Work, New York et al. 2002; Rolf G. Heinze, Die Berliner Räterepublik – Viel Rat, wenig Tat?, Wiesbaden 2002, Burkard Eberlein/Edgar Grande, Entscheidungsfindung und Konfliktlösung, in: Klaus Schubert/Nils C. Bandelow (Hrsg.), Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München 2003, S. 175–201.

3 Vgl. Everhard Holtmann/Helmut Voelzkow, Einleitung, in: dies. (Hrsg.), Zwischen Wettbewerbs- und Verhandlungsdemokratie, Wiesbaden 2000, S. 9–21.

ersten Bundestagswahl 1949 hat sich infolge der Entscheidung Konrad Adenauers für eine kleine Koalition unter Ausschluss der SPD und der Entscheidung Kurt Schumachers für eine klare Oppositionsstrategie der Sozialdemokraten das bis heute vorherrschende Muster eines bipolaren Parteienwettbewerbs herausgebildet. Angesichts der häufig unterschiedlichen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat wurden dadurch die Verhandlungen zwischen diesen beiden Institutionen oft vom Parteienwettbewerb überlagert. Die Vermengung von Parteienwettbewerb und Verbundföderalismus hat sowohl während der sozialliberalen Bundesregierungen als auch (mit umgekehrten Vorzeichen) in der Endphase der Ära Kohl zu Blockaden in vielen Politikfeldern geführt.[4] Auch die aktuellen Auseinandersetzungen um ein Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz wurden angesichts der erneut unterschiedlichen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat zunächst vom Wettbewerb zwischen den beiden großen politischen Lagern begleitet.

Innerhalb des Gesundheitswesens lassen sich nicht nur zwei, sondern eine Vielzahl von Arenen benennen, in denen unter Konsenszwang Entscheidungen gefällt werden. Diese Arenen sind zwei Typen zuzuordnen. Der erste ist die dauerhafte und institutionalisierte Einbindung von Spitzenverbänden des Gesundheitswesens in die Formulierung und Umsetzung bindender Entscheidungen (politikfeldspezifischer Neokorporatismus bzw. Mesokorporatismus[5]). Diese Beteiligung gesellschaftlicher Eliten an der staatlichen Politik geht über das klassische Lobbying hinaus. Die beteiligten Verbandseliten sollen Entscheidungen korporatistischer Gremien jeweils gegenüber ihrer Klientel durchsetzen und somit den Staat entlasten.

Das bekannteste korporatistische Gremium dieses Politikfelds, die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), wurde mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz 1977 auf Bestreben von Ärzteverbänden und CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingeführt und tagte 1978 zum ersten Mal. Ebenso wie die gesamtwirtschaftliche Konzertierte Aktion (1967–1977) verfügte auch das gesundheitspolitische Gremium über keine verbindlichen Steuerungskompetenzen. Es wurden lediglich Empfehlungen ausgehandelt, deren Wirksamkeit von der ungeteilten Zustimmung aller beteiligten Akteure abhängig war. Dabei nahm die KAiG zwei Funktionen wahr: Bei den Frühjahrssitzungen wurden Empfehlungen zu den Steigerungsraten der Kassenausgaben verhandelt, während bei den Herbstsitzungen Vorschläge für Strukturreformen im Gesundheitswesen diskutiert wurden.[6]

Während die KAiG ein Plenum darstellte, in dem staatliche und verbandliche Akteure ihre Strategien aufeinander abstimmen sollten, finden im Rahmen der verschiedenen Selbstverwaltungsgremien Verhandlungen zwischen den Verbänden ohne direkte Beteiligung des Staates statt. Insbesondere die Verbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften öffentlichen Rechts nehmen dabei staatliche Aufgaben in Eigenverantwortung – allerdings unter staatlicher Aufsicht – wahr. Angesichts der Tatsache, dass in diesen Gremien die staatlichen Akteure nicht (primär) als Verhandlungspartei auftreten, sondern lediglich Moderations- und/oder Aufsichtsfunktionen übernehmen, ist es sinnvoll, die Selbstverwaltungsgremien als zweiten Typus von korporatistischen Gremien zu unterscheiden.[7]

Die deutsche Gesundheitspolitik findet somit in einem Geflecht unterschiedlicher Verhandlungsgremien statt, in denen jeweils verschiedene Akteurstypen aufeinander treffen und dabei sowohl über Steuerungsfragen innerhalb des Systems (also etwa die Auswahl erstattungsfähiger Behandlungsformen und die jeweilige finanzielle Bewertung von Leistungen innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen) als auch über eine mögliche grundlegende Weiterentwicklung des Systems entscheiden (vgl. *Tabelle 1*).[8]

4 Vgl. für die begriffliche, theoretische und historische Grundlegung der politischen und politikwissenschaftlichen Diskussion dieses Problemfeldes Gerhard Lehmbruch, Parteienwettbewerb im Bundesstaat, Wiesbaden 2000[3].

5 Vgl. Ulrich von Alemann/Rolf G. Heinze (Hrsg.), Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus, Opladen 1979, und Wolfgang Streeck (Hrsg.), Staat und Verbände (Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 25), Opladen 1994.

6 Vgl. Nils C. Bandelow, Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?, Opladen 1998, S. 124–130.

7 Vgl. Renate Mayntz, Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, 1 (1990) 3, S. 283–307, hier S. 288.

8 Die Einordnung nimmt Elemente vorliegender Klassifikationen von Roland Czada und Marian Döhler auf. Vgl. Roland Czada, Konzertierung in verhandlungsdemokratischen Politikstrukturen, in: Sven Jochem/Nico S. Siegel (Hrsg.), Konzertierung, Verhandlungsdemokratie und Reformpolitik im Wohlfahrtsstaat, Opladen 2003, S. 35–69; Marian Döhler, Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie, in: Winand Gellner/Markus Schön (Hrsg.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden 2002, S. 25–40, insbes. S. 28.

Tabelle 1: Verhandlungsdemokratische Arenen im Gesundheitswesen

		Ziele der Verhandlungen	
		Formulierung von Gesundheitsreformen	Ressourcenverteilung und Qualitätssicherung innerhalb des Systems
Beteiligte Akteure	Parteien – Parteien („Parteienkonkordanz“)	Lahnsteiner Kompromiss zum Gesundheitsstrukturgesetz 1992	Verabschiedung zustimmungspflichtiger Rechtsverordnungen
	Staat – Verbände („Mesokorporatismus“)	Runder Tisch, frühe Herbstsitzungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen	früher Frühjahrssitzungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen
	Verbände – Verbände („Selbstverwaltung“)	z. B. Modellversuche	z. B. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

II. Strukturelle Probleme der Verhandlungsdemokratie

Eine genauere Untersuchung der verschiedenen Felder der *Tabelle 1* verdeutlicht die Schwächen der gegenwärtigen Verhandlungsstrukturen. Im Mittelpunkt der Aushandlung grundlegender Reformen steht seit den siebziger Jahren die mittlere Ebene des Mesokorporatismus, also der Versuch, Spitzenverbände in die Formulierung neuer Reformvorhaben einzubeziehen. Dieser Mesokorporatismus wurde bis Mitte der neunziger Jahre vor allem in der KAiG verwirklicht. Die Konzertierte Aktion litt aber unter wesentlichen strukturellen Problemen. So stellte sie ein Entscheidungsgremium dar, dessen Teilnehmerinnen und Teilnehmer weder demokratisch gewählt noch wegen ihrer fachlichen Kompetenz benannt worden waren. Zudem bestand ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen den beteiligten Akteuren. Einer Vielzahl unterschiedlicher Positionen der Krankenkassen und der Tarifparteien in der Selbstverwaltung einzelner Kassen standen zunächst die einheitlichen KVen gegenüber, die bis Ende der achtziger Jahre relativ erfolgreich die Interessen aller niedergelassenen Ärzte bündelten.[9]

Ein weiteres grundlegendes Problem der KAiG bestand in ihrer Zusammensetzung. Bei der Einrichtung des Gremiums wurden wichtige Interessengruppen nicht berücksichtigt (etwa die Pflegeberufe, die Verbände der freien Wohlfahrtsverbände und Behindertenverbände). Vor allem diese Gruppen kritisierten in der Folge, dass die Empfehlungen der KAiG häufig zu ihren Lasten gingen. Um dieses Problem zu reduzieren, wurde 1993 das Verhandlungsgremium deutlich ausgeweitet. Allerdings fehlten weiterhin die (ohnehin mitgliederschwachen) Patientenvereinigungen. Vor allem hatte die Ausweitung aber zur Folge, dass eine Konsensfindung praktisch unmöglich wurde. Angesichts dieser Probleme hat die Konzertierte Aktion zu Beginn der neunziger Jahre jegliche Bedeutung verloren und seit 1994 nicht mehr getagt.

Im Bereich der Durchsetzung grundlegender Reformen knüpfte die rot-grüne Bundesregierung trotz der negativen Erfahrungen mit dem Mesokorporatismus der KAiG an diese Form der Entscheidungsfindung an und richtete 1999 mit dem Runden Tisch ein teilweise analoges Gremium ein. Ähnlich wie bei der Konzertierten Aktion sind Krankenkassen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflege- und Heilmittelverbände, Arbeitgeber, Gewerkschaften und Pharmaindustrie vertreten. Auch dieses Gremium wurde nach Interventionen einzelner Gruppen ausgeweitet, sodass statt der ursprünglich geplanten zwölf nun 24 Gäste der Ministerin vertreten sind. Hinzu kommen die Bundesministerin Ulla Schmidt und zwei ihrer Staatssekretäre. Ziel des Runden Tischs ist es, möglichst alle Betroffenengruppen frühzeitig an Reforminitiativen partizipieren zu lassen. Dazu wurden sechs (ab 2002 sieben) Arbeitsgruppen eingerichtet, denen nicht nur die Mitglieder des Runden Tischs, sondern teilweise über 40 Personen angehörten. Es ist wenig überraschend, dass der Runde Tisch bei seinen vier Treffen zwischen Mai 2001 und April 2002 keine grundlegenden Kompromisse für eine Gesundheitsreform erzielen konnte. Bisher wurden lediglich Empfehlungen zu Spezialthemen (etwa dem elektronischen Handel mit Arzneimitteln) verabschiedet.[10]

9 Vgl., Helmut Wiesenthal, Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Praxis des modernen Korporatismus, Frankfurt/M.–New York 1981, S. 32–33, und Gerhard Lehmbruch, Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, in: Gérard Gäfgen (Hrsg.), Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden 1988, S. 11–32.

10 Zur Zusammensetzung und Arbeit des Runden Tischs siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Runder Tisch – Grundinformationen, http://

Während mesokorporatistische Strategien bei der Politikformulierung wieder im Mittelpunkt stehen, werden die anderen Arenen der Verhandlungsdemokratie wenig genutzt, um Gesundheitsreformen durchzusetzen. Dies ist zunächst überraschend: Die bisher umfassendste Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde nämlich 1992 in der übergeordneten Arena der Parteienkonkordanz unter Ausschluss der Verbände durchgesetzt: Nur durch die mittlerweile legendäre Einigung zwischen dem CSU-Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer und dem gesundheitspolitischen Verhandlungsführer der SPD, Rudolf Dreßler, Ende 1992 in Lahnstein („Lahnsteiner Kompromiss") konnten unter anderem der Einstieg in die Fallpauschalen bei der Krankenhausfinanzierung und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung auch gegen den Widerstand der Lobbyisten verabschiedet werden.

Auch die Ebene der Selbstverwaltung wird in Deutschland kaum einbezogen, um grundlegende Reformen anzustoßen. Die Vernachlässigung ihrer möglichen Innovationskraft bei der Entwicklung neuer Reformkonzepte steht im Widerspruch zum Bedeutungszuwachs, den die Selbstverwaltung durch die Reformen seit 1977 bei der Umsetzung der gesetzlich formulierten Ziele erhalten hat.[11] Insbesondere die paritätisch besetzten Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen haben in den letzten 20 Jahren eine Schlüsselstellung bei der Verteilung von Ressourcen innerhalb des Systems erlangt.[12] Die Ausschüsse entscheiden heute unter anderem über Behandlungsformen, die im Rahmen des GKV-Systems abgerechnet werden dürfen. Die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Entscheidungen der Ausschüsse innerhalb von zwei Monaten widersprechen. Tut sie das nicht, werden die Entscheidungen verbindlich.[13]

Gerade die Bundesausschüsse verdeutlichen, dass die Politik bei der Stärkung der Selbstverwaltung in ihren bisherigen Reformen primär die wenig innovativen Monopolverbände im Gesundheitswesen, nämlich die Krankenkassenverbände und vor allem die KVen, gestärkt hat. Diese können so auch Maßnahmen, die sie bei der Gesetzesformulierung nicht blockieren konnten, bei der Umsetzung verzögern oder sogar ganz verhindern. Gerade die KVen wurden aber andererseits auch in den letzten Jahren geschwächt. Diese Schwächung war unter anderem eine indirekte Folge der Kostendämpfungspolitik, insbesondere des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992, die zu einer verstärkten innerärztlichen Konkurrenz geführt hat. Die Vielzahl neuer Ärzteverbände für einzelne Arztgruppen erschwert eine einheitliche Interessenvertretung der KVen, deren mächtigstes politisches Instrument, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung, wohl im Zuge der nächsten Reformen aufgegeben wird. Die Schwächung vor allem der KVen könnte in Zukunft verstärkt „Bottom-up-Reformanstöße" ermöglichen, indem etwa alternative Versorgungsmodelle zwischen einzelnen Leistungsanbietern und einzelnen Krankenkassen erprobt werden. Andere europäische Länder haben mit Modellversuchen, mit denen die Auswirkungen neuer Reformkonzepte zunächst geprüft und verdeutlicht werden können, gute Erfahrungen gemacht.[14]

Nicht berücksichtigt in *Tabelle 1* ist die Rolle von Expertinnen und Experten außerhalb der Interessenverbände, die zunehmend an den Aushandlungen von Reformen beteiligt werden. Verbandlich nicht gebundene Experten nehmen über verschiedene Gremien Einfluss auf die Politikformulierung. Dabei spielt seit 1985 vor allem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Das Gremium arbeitet seit der „kalten Auflösung" der KAiG vor allem dem zuständigen Bundesministerium und den Gremien der Selbstverwaltung zu. Da die Experten von der Bundesministerin benannt und die Fragestellungen der Studien vom Ministerium vorgegeben werden, entspricht die grundsätzliche Ausrichtung der Studien überwiegend der jeweiligen Zielsetzung des Ministeriums. Allerdings enthalten die fachlich fundierten Arbeiten auch umfassende empirische Hintergründe und innovative Vorschläge, die nicht unbedingt die

194.145.122.33/deu/gra/themen/gesundheit/tisch/index.cfm vom 8. 6. 2003.

11 Für einen Überblick über die Maßnahmen zur Ausweitung kollektivvertraglicher Regelungen in den verschiedenen Reformen vgl. die Tabelle bei M. Döhler (Anm. 8), S. 32.

12 Vgl. Nils C. Bandelow, Governance im Gesundheitswesen: Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung, in: Uwe Schimank/Stefan Lange (Hrsg.), Governance und gesellschaftliche Integration, Opladen 2003 (i. E.).

13 Für Selbstdarstellungen der Bundesausschüsse und anderer wichtiger Selbstverwaltungsgremien vgl. http://www.arge-koa.de/htdocs/ba_aek abgerufen am 22. 6. 2003.

14 Einen Überblick über die Reformerfahrungen anderer europäischer Länder bietet das European Observatory on Health Care Systems, das verschiedene Berichte auch im Internet bereit stellt. Vgl. http://www.who.dk/observatory/Studies/TopPage abgerufen am 22. 6. 2003. *Anm. der Red.:* Vgl. auch den Beitrag von Annette Riesberg u. a. in diesem Heft.

jeweiligen Positionen der Auftraggeberin im Detail stützen müssen.[15]

Neben dem Sachverständigenrat bestehen weitere einflussreiche Verhandlungsgremien unter Beteiligung externer Fachleute. Das bekannteste davon ist die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission"). Die Kommission wurde von der Regierung einberufen und umfasst sowohl Experten als auch Verbandsvertreter.[16]

III. Gesundheitspolitik als Interessen- und Ideologienkonflikt

An der Aushandlung von Gesundheitsreformen ist eine Vielzahl von Interessenverbänden beteiligt.[17] Bei einer ersten Klassifikation lassen sich zunächst die Verbände der Leistungserbringer und der Nachfrager von Gesundheitsleistungen unterscheiden. Im Gegensatz etwa zu den USA (und auch etwa zu dem sonst sehr ähnlichen System Österreichs) sind diese beiden Gruppen in Deutschland (noch) durchgängig getrennt, da die Finanzierung von Gesundheitsleistungen weitgehend über die Krankenkassen geregelt ist, diese jedoch kein eigenes Angebot an Gesundheitsleistungen anbieten dürfen. Zu den Verbänden der Ärzte gehören neben den Körperschaften (KVen und Ärztekammern) die vielen freien Ärzteverbände, von denen der Hartmannbund und der Marburger Bund die bekanntesten sind. Eine analoge Organisationsstruktur weisen auch die Zahnärzte auf. Neben den Ärzten gehören die Apotheker, die Krankenhausträger, die Pharmaindustrie und die Pflegekräfte zu den bedeutendsten Leistungsanbietern. Ein wichtiges Ziel der jeweiligen Verbände liegt in der Sicherung der Einkommen der jeweiligen Statusgruppe. Dieses Ziel bedeutet nicht unbedingt, dass die Verbände eine Abdeckung der von ihnen erbrachten Leistungen über die GKV befürworten. Dies ist zwar etwa bei der Pharmaindustrie der Fall, die Ärzte und Zahnärzte plädieren dagegen oft eher für eine Ausgliederung ihrer Leistungen aus dem Leistungskatalog der Kassen, um so höhere Einkommen erzielen zu können und weitere Finanzierungsquellen neben den Kassenbeiträgen zu erschließen. Zudem wird die Politik von Hartmannbund und KVen von dem Ziel des Statuserhalts als Freiberufler geprägt.[18]

Zwischen den verschiedenen Anbietergruppen haben sich infolge der Sparmaßnahmen zunehmend Verteilungskonflikte entwickelt, die sich immer weniger im Rahmen der Selbstverwaltung durch Verhandlungen lösen lassen. Auch der Konflikt zwischen den Leistungsanbietern und Krankenkassen sowie zwischen den Tarifparteien innerhalb der Kassenselbstverwaltung hat sich verschärft. Die primär wirtschaftlich begründeten Konflikte zwischen den Interessengruppen werden auch in das Parteiensystem übertragen. Dabei stehen traditionell die Sozialdemokraten den Ortskrankenkassen und Gewerkschaften nahe, während Union und vor allem FDP vorwiegend den Interessen der Kassenärzte verbunden sind. Quer zu dieser Konfliktlinie liegen Eigeninteressen von Länderregierungen. Diese sind einerseits primär an einer gesicherten Finanzierung der Krankenhäuser interessiert. Andererseits liegt es vor allem im Interesse der Pharmastandorte Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, Sparmaßnahmen zu Lasten der großen, forschenden Arzneimittelunternehmen zu verhindern.

Neben diesen materiellen Interessenkonflikten prägen auch gegensätzliche ideologische Vorstellungen die Gesundheitspolitik. In den achtziger und neunziger Jahren waren es vor allem die Konflikte um ein unterschiedliches Verständnis von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung. Dieser Konflikt hat ab 1999 angesichts der Annäherung der Regierungskonzepte an bisherige Positionen von CDU/CSU und FDP zwischen den Parteien an Brisanz verloren und wurde seither zunehmend zum innerparteilichen Konfliktfeld. Zwischen den Parteien ist zum Teil der Streit um das richtige Verhältnis von Wettbewerb und staatlicher Steuerung an die Stelle des alten Solidaritätskonflikts geraten. Dies wird etwa bei dem Regierungsvorschlag zur Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin" deutlich, das unter anderem Behandlungsleitlinien für häufig auftretende Krankheiten entwickeln soll. Dieser Vorschlag wird von der Opposition als „Staatsmedizin" abgelehnt. Auch der Konflikt um eine Beurteilung alternativer Behandlungsmetho-

15 Vgl. N. C. Bandelow (Anm. 6), S. 114.

16 Die mit der regierungsnahen Rürup-Kommission konkurrierende Kommission „Soziale Sicherheit" des CDU-Bundesvorstands unter dem Vorsitz von Roman Herzog („Herzog-Kommission") beteiligt im Gegensatz zur Rürup-Kommission offiziell keine Verbandsvertreter, sondern umfasst Unionspolitiker aus Bund und Ländern sowie externe Sachverständige. Vgl. http://www.cdu.de/politik-a-z/herzogkommission/inhalt.htm abgerufen am 22. 6. 2003.

17 Für einen Überblick vgl. N. C. Bandelow (Anm. 6), S. 74–102.

18 Vgl. Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg i. Br. 1967.

den außerhalb der Schulmedizin, die insbesondere von den Bündnisgrünen befürwortet werden, blockiert zunehmend eine umfassende Einigung in der Parteienarena. Dies wird bei der Diskussion um die Anhänge zur vorgeschlagenen Positivliste für Arzneimittel, die zukünftig noch von den Kassen bezahlt werden sollen, sichtbar. Diese Anhänge werden von der Union abgelehnt, da sie schulmedizinisch nicht anerkannte Mittel enthalten.

Neben den inhaltlichen und ideologischen Konflikten spielt im Parteiensystem stets auch der Wettbewerb um Machterwerb und Machterhalt eine zentrale Rolle. Angesichts der regelmäßig stattfindenden Bundestags- oder Landtagswahlen besteht nur selten Gelegenheit für die konkurrierenden Parteienblöcke, inhaltliche Übereinstimmungen auch tatsächlich in gemeinsame Entwürfe umzusetzen. Ein weiteres Problem liegt darin, dass sich in den meisten Verhandlungsgremien die verschiedenen Konfliktlinien überlagern. Besonders in mesokorporatistischen Arenen werden die Verteilungskonflikte zwischen den Interessengruppen mit der inhaltlichen Suche nach effizienteren und nachhaltigeren Finanzierungs- und Organisationsstrukturen verbunden. Dieses Problem schlägt sich in den Ergebnissen bisheriger Reformen nieder.

IV. Reformergebnisse der Verhandlungsdemokratie

Selbstverständlich sind Gesundheitsreformen auch in der deutschen Verhandlungsdemokratie durchsetzbar. Dies verdeutlicht allein die Reformbilanz der letzten Jahrzehnte: Zwischen 1977 und Mitte 2003 wurden allein 36 größere Gesetzespakete zur Änderung der gesetzlichen Grundlagen der Krankenversicherung in Deutschland verabschiedet.[19] Allerdings ist es mit keiner der bisherigen Reformen gelungen, die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu begrenzen, die Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich zu verbessern und/oder das Problem mangelhafter Prävention grundlegend zu lösen. Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitswesen (hinter den USA und der Schweiz) gemessen an den Anteilen der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt das drittteuerste der Welt, erzielt dabei aber bei den meisten Leistungskennziffern lediglich mittlere Werte. Dabei sind sich Experten, Parteien und Verbänden bei der Analyse einzelner Strukturprobleme durchaus einig: Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist weiterhin ungenügend, die Qualitätskontrollen vor allem in der ambulanten Versorgung sind lückenhaft, und es besteht ein zu großes und unübersichtliches Angebot zugelassener Arzneimittel, deren Wirksamkeit vielfach umstritten ist. Trotz der Einigkeit aller Akteure bei einzelnen Problemanalysen ist der „große Wurf“, die nachhaltige Umgestaltung des Gesundheitswesens, bisher nicht gelungen. Selbst das Minimalziel einer Stabilisierung der Gesundheitsausgaben wurde nur eingeschränkt erreicht (vgl. *Tabelle 2*).

Die in *Tabelle 2* dargestellten Zahlen stützen die Vermutung, dass die wirklichen Struktureffekte der Kostendämpfungsgesetze gering waren. Kürzungen der relativen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung sind nicht immer gleichbedeutend mit einem Rückgang der gesamten Gesundheitsausgaben. So ist es insgesamt zwar gelungen, den Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt nach der deutschen Einheit zu senken. Diese Senkung basierte aber offenbar allein auf einer Verlagerung von Gesundheitsausgaben aus der GKV auf die privaten Haushalte, deren Anteil an den Gesamtgesundheitsausgaben deutlich gestiegen ist.[20]

Die aktuellen Reformkonzepte sowohl der Regierung als auch der Opposition setzen diese Strategie der Verlagerung von Gesundheitsausgaben von der solidarisch finanzierten Krankenversicherung auf Arbeitnehmer und Patienten fort. Im Mittelpunkt der Konzepte stehen dabei gleichermaßen erhöhte Zuzahlungen bei Medikamenten, Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen sowie beim Zahnersatz und erstmals auch die Auslagerung ganzer Leistungsbereiche aus dem Angebot der GKV. Sowohl Regierung als auch Opposition haben ihre Konzepte jeweils eng mit den Interes-

19 Eine Chronik aller Reformpakete seit 1977 und der jeweils verantwortlichen Regierungsmehrheiten im Bundestag bietet http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/1_politik/chronik_krankenversicherung.htm abgerufen am 24. 6. 2003. Für eine Darstellung der wichtigsten Maßnahmen in den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens vgl. Nils C. Bandelow, Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar?, in: Gesellschaft – Wirtschaft – Politik, 51 (2002) 1, S. 109–131, hier S. 124.

20 Eine exakte Bezifferung des Anteils privater Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben ist schwierig, da die verschiedenen Datenquellen unterschiedliche Berechnungsgrundlagen verwenden und daher jeweils eigene Vergleichszahlen erhalten. Legt man aber beispielsweise die Daten der OECD (vgl. Quelle zu Tab. 2) zu Grunde, dann sind die Anteile der privaten Haushalte seit 1980 um vier Prozentpunkte auf heute etwa 25 Prozent gestiegen.

Tabelle 2: Anteile der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Anteile der gesamten Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland

Jahr	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GKV	6,5	6,7	6,6	6,9	6,9	7,0	6,6	6,7	6,6	6,5	6,3
gesamt	9,1	9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,7

Quellen: Erste Zeile, Anteile der GKV-Ausgaben am BIP, Institut der deutschen Wirtschaft (IWD), Deutschland in Zahlen, Köln, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen. Zweite Zeile, Anteil der gesamten Ausgaben für gesundheitliche Sachleistungen am BIP, OECD Health Data, Paris 2002 und 2003. Zu beachten ist, dass die GKV-Ausgaben im Gegensatz zu den OECD-Daten (noch) Lohnersatzleistungen enthalten.

senverbänden abgestimmt. Gleichzeitig streben mittlerweile auch die großen Parteien ein gemeinsames Reformkonzept an. Solange aber hier neben den Parteien auch die eigeninteressierten Interessengruppen beteiligt werden, bleibt eine grundlegende Umgestaltung außerhalb des Rahmens der (wenig bewährten) Kostendämpfungsgesetze unwahrscheinlich.

V. Ausblick

Für eine nachhaltige Reform des deutschen Gesundheitswesens bestehen zwei Optionen. Die erste wäre eine Fortführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992. Diese Option würde eine schrittweise Anpassung des bestehenden Systems an die neuen Herausforderungen bedeuten. Sie setzt eine dauerhafte Annäherung der Gesundheitspolitik der großen Parteien voraus, die angesichts der nach wie vor im Verhältnis zwischen Union und SPD dominierenden Orientierung an der Konkurrenz um Wählerstimmen und politische Macht nicht unproblematisch ist. Eine notwendige, allerdings nicht hinreichende Voraussetzung für eine weitere Annäherung liegt in der Entwicklung konkreter Leitbilder für das zukünftige Gesundheitswesen. Diese Leitbilder müssen auf ideologisch umstrittene Elemente (etwa: „Wettbewerb" oder „Solidarität") verzichten und sich auf gemeinsame Ziele, vor allem hinsichtlich der Qualität medizinischer Versorgung, konzentrieren. Der Vorteil dieser Möglichkeit einer schrittweisen Weiterentwicklung des Systems liegt darin, dass auf lange Sicht individuelle Akteure mit eingefahrenen gesundheitspolitischen Ideologien ausgetauscht und dadurch kollektive Lernprozesse möglich werden.[21]

21 Zu den theoretischen Hintergründen langfristiger Lernprozesse vgl. Nils C. Bandelow, Lernende Politik. Advocacy-Koalitionen und politischer Wandel am Beispiel der Gentechnologiepolitik, Berlin 1999.

Die zweite Option ist der oft beschworene „große Wurf", also eine umfassende Gesundheitsreform. Diese Option nimmt eine mittelfristige Fortführung der Strategie der Leistungskürzungen und erhöhten Selbstbeteiligungen an, bis die Grenze des solidarischen Grundkonsenses der Gesellschaft erreicht wird. Erst wenn medizinisch notwendige und mögliche Leistungen nur noch für einen Teil der Bevölkerung bereitgestellt werden, wird der Problemdruck für eine umfassende Reform ausreichen. Allein der Problemdruck garantiert aber noch keine sachbezogene Reform. Notwendig ist auch dann ein ausgereiftes und zwischen den großen Parteien konsensfähiges Alternativmodell zur bisherigen GKV.

Beide Optionen gehen von eine Auflösung der bestehenden Blockaden sachbezogener Lösungen aus. Ein grundlegende Voraussetzung für einen solchen Erfolg von Verhandlungssystemen liegt in der Bereitschaft der Verhandlungsführer, sich nicht allein als Vertreter von Partikularinteressen zu sehen, sondern gemeinsame Ziele anzustreben.[22] Eine solche Umorientierung ist nicht ausgeschlossen: So zeigen Erfahrungen anderer Politikfelder, etwa der Europapolitik, dass der Parteienwettbewerb bei ausgewählten politischen Fragen auch ausgesetzt werden kann. In solchen Fällen kann sich die sonst blockierende deutsche Verhandlungsdemokratie sogar zum Motor für innovative Lösungen entwickeln.[23]

22 Fritz W. Scharpf spricht hier von „integrativen" bzw. „kooperativen" Handlungsorientierungen. Vgl. Fritz W. Scharpf, Versuch über Demokratie im verhandelnden Staat, in: Roland Czada/Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung, Regierbarkeit, Opladen 1993, S. 25–50.

23 Vgl. Nils C. Bandelow, Kollektive Lernprozesse durch Vetospieler? Konzepte britischer und deutscher Kernexekutiven zur europäischen Verfassungs- und Währungspolitik in den 1980er- und 1990er-Jahren, unveröff. Habilitationsschrift, Bochum 2003.

Ulrike Lindner

Chronische Gesundheitsprobleme

Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik

Das deutsche Gesundheitssystem steckt in einer tiefen Krise, die kaum lösbar scheint. Viele der Probleme, insbesondere die schwere Steuerbarkeit des Politikfeldes, haben historische Wurzeln.[1] Die Dominanz einzelner Akteure, insbesondere der freien Ärzteschaft, geht auf eine Kette von Entwicklungen seit den zwanziger Jahren zurück. Die starke organisatorische Kontinuität der Krankenkassen, deren Struktur über die zahlreichen politischen Umbrüche der deutschen Geschichte hinweg fortbestand, prägte das Gesundheitswesen erheblich.

Das weitgehende Fortbestehen der Organisationsstruktur soll im folgenden Überblick verdeutlicht, aber auch die zahlreichen Wendepunkte sollen akzentuiert werden, die das System ebenfalls stark beeinflussten. Dazu zählt die Entscheidung gegen eine Einheitsversicherung und für die Wiedereinführung des alten Kassensystems nach 1945 oder das erste Scheitern einer Krankenkassenreform Ende der fünfziger Jahre. Auch verschiedene strukturelle Defizite des deutschen Gesundheitssystems wie die mangelnde Verknüpfung von sozialen und medizinischen Aspekten, die Vernachlässigung präventiver Medizin sowie die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Pflege lassen sich im historischen Kontext besser nachvollziehen.

I. Die Institutionalisierung des Gesundheitswesens im Kaiserreich

Das deutsche Gesundheitswesen ist in erster Linie durch die Entwicklung des Krankenkassensystems geprägt, das, im Kaiserreich eingeführt, während der Weimarer Zeit und unter dem Nationalsozialismus bis in die Bundesrepublik wenig verändert weiterbestand. Mit der im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung 1883 eingerichteten Krankenversicherung wurde die Versicherung für Arbeiter unter einer bestimmten Einkommensgrenze zur Pflicht; die Beiträge teilten sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die Leistungen der Kassen umfassten zunächst die Heilbehandlung sowie Krankengeld bis maximal 13 Wochen. 1883 gehörten der Krankenversicherung etwa zehn Prozent der Bevölkerung an. Ein wichtiges Kennzeichen des deutschen Systems war neben der Versicherungspflicht die Vielzahl der Kassen – 1885 rund 17 500 mit durchschnittlich ca. 200 Mitgliedern –, die sich in die unterschiedlichen Formen der Betriebskrankenkassen, Ortskassen und freien Hilfskassen gliederten.[2] Die Verwaltungsorgane bestanden zu zwei Dritteln aus Vertretern der Arbeitnehmer, zu einem Drittel aus Repräsentanten der Arbeitgeber. Damals entwickelten sich die Krankenkassen zu einer Domäne der Sozialdemokraten, denen die Selbstverwaltungsorgane der Kassen oft eine der wenigen Möglichkeiten zu einem beruflichen Aufstieg im Kaiserreich boten.[3]

Während der folgenden Jahrzehnte dehnte sich der Mitgliederkreis der Kassen aus: Bis 1913 waren insgesamt etwa 25 Prozent der Bevölkerung krankenversichert. Familienangehörige der Versicherten wurden mittlerweile von vielen Kassen mitversichert. Dabei handelte es sich um eine „Kann-Leistung“, die etwa die Hälfte der Kassen ihren Mitgliedern bereits seit 1900 gewährte. Wochenhilfe für Ehefrauen von Versicherten kam während des Ersten Weltkriegs hinzu. Zudem wurden nun auch weitere Teile der Gesellschaft in die Krankenversicherung integriert, als wichtige Berufsgruppen beispielsweise 1914 die Dienstboten sowie die Land- und Forstarbeiter.[4]

1 Auf die ganz andere Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR kann in der Kürze des Beitrags hier nicht eingegangen werden. Die Untersuchung beruht im Wesentlichen auf Ergebnissen aus meiner Dissertation: Gesundheitspolitik und ihre Umsetzung in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (i. E.).

2 Vgl. Jens Alber, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt/M. u. a. 1992, S. 19–27; Florian Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Maria Blohmke (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 385–492, hier S. 385–389.

3 Vgl. Gerhard A. Ritter, Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 1991², S. 85–87.

4 Vgl. F. Tennstedt (Anm. 2), S. 386 und 395. Vgl. zu den Leistungen für Schwangere und Mütter Karin Hausen, Arbeiterinnenschutz, Mutterschutz und gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik, in: Ute Gerhard (Hrsg.), Frauen in der Geschichte des Rechts, München 1997, S. 713–743.

Den Krankenkassen als Kostenträgern stand im deutschen System die Ärzteschaft als Anbieter von Gesundheitsleistungen gegenüber. Das Gesundheitswesen war damit von Anfang an von Auseinandersetzungen zwischen den Akteuren Ärzteschaft und Krankenkassen gekennzeichnet, wobei es vor allem um Arzthonorare, Kassenzulassungen und die freie Arztwahl der Patienten ging. Stationäre Pflege boten die Krankenhäuser, allerdings spielten sie bei der Versorgung der Bevölkerung noch keine große Rolle. Klinikaufenthalte blieben zunächst eine „Kann-Leistung" der Krankenversicherung. Die Ausgaben für Krankenhauspflege blieben dementsprechend vor dem Ersten Weltkrieg bei unter 13 Prozent der Gesamtausgaben der Kassen. Ein großer Teil der Krankenhäuser wurde von der öffentlichen Hand und hier insbesondere von den Kommunen betrieben. Die städtischen Hospitäler hatten ihre Wurzeln in der Armenpflege. Dazu kamen die Einrichtungen kirchlicher Träger oder von Wohlfahrtsverbänden, die ebenfalls oft auf eine lange Tradition zurückblicken konnten. Gerade die kommunalen Krankenhäuser wurden in vielen Städten seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert stark ausgebaut und zu Einrichtungen für alle Bürger umgestaltet.[5]

Der öffentliche Gesundheitsdienst als zweiter wichtiger Strang des deutschen Gesundheitswesens entwickelte sich einerseits aus den Aufgaben der staatlichen Sanitätspolizei und -aufsicht. Andererseits gab es eine starke kommunale Tradition, die aus den Anstrengungen der Kommunen um eine städtische Gesundheitsfürsorge in der Zeit der Industrialisierung hervorging und die Ausprägung des öffentlichen Gesundheitsdienstes entscheidend beeinflusste. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sich auf kommunaler Ebene in vielen Städten ein sehr aktives öffentliches Gesundheitswesen mit einem breiten Fürsorge- und Beratungsangebot. Dabei kümmerte sich die städtische Gesundheitsfürsorge in erster Linie um besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen konzentrierten sich auf Mutter und Kind, die Schulgesundheitspflege sowie die Fürsorge für Patienten mit bestimmten gravierenden Erkrankungen wie Tuberkulose.[6]

II. Vom Ausbau der Gesundheitsdienste in der Weimarer Zeit zum NS-Gesundheitswesen

In den zwanziger Jahren wurden von den Kommunen umfassende gesundheitsfürsorgerische Dienste aufgebaut, zum Teil mit neuen Berufssparten wie dem Fürsorge- und Vorsorgearzt oder der Gesundheitsfürsorgerin. Viele der auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge tätigen Kommunalärzte und -ärztinnen kamen aus dem sozialdemokratischen bzw. sozialistischen Milieu; auch viele jüdische Ärzte waren in diesen Berufen zu finden.[7] Zahlreiche dieser Ärzte verbanden politische Ideale mit der Arbeit für bedürftige oder gefährdete Gruppen der Gesellschaft.

Kennzeichnend blieb allerdings, dass die Fürsorge- und Beratungsstellen des öffentlichen, kommunalen Gesundheitsdienstes in Deutschland nur beratend und in der Vorsorge tätig wurden. In den Einrichtungen etwa der Säuglingsfürsorge sollte nicht behandelt werden. Vor allem die ärztlichen Standesvertretungen kämpften in den zwanziger Jahren darum, dass die Therapie in jedem Fall den niedergelassenen Kassenärzten vorbehalten blieb. Diese Abgrenzung verstärkte grundsätzlich die Trennung zwischen kurativer und präventiver Medizin. Eine Dominanz der kurativen Medizin war im deutschen Gesundheitswesen generell durch die Ausrichtung der Krankenkassen gegeben, die auf die Wiederherstellung der Arbeitskraft der Versicherten zielten. Die Krankenkassen bezahlten Therapien bei Krankheit, unterstützten aber keine vorbeugenden Maßnahmen.

Im öffentlichen Gesundheitswesen bestand das Nebeneinander von städtischen Gesundheitsämtern und staatlicher Gesundheitsaufsicht fort. In der Weltwirtschaftskrise Ende der zwanziger Jahre geriet das öffentliche Gesundheitswesen in eine erhebliche Krise. Die Finanzierung der zahlrei-

5 Vgl. Alfons Labisch, Stadt und Krankenhaus, in: ders./Reinhard Spree (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospital sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt/M. – New York 1996, S. 253–296.

6 Vgl. Manfred Stürzbecher, Die medizinische Versorgung und die Entstehung der Gesundheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland, in: Gunter Mann/Rolf Winau (Hrsg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen 1977, S. 239–258; Alfons Labisch/Florian Tennstedt, Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bände, Düsseldorf 1985, S. 36–37.

7 Vgl. Alfons Labisch, Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/M. – New York 1992, S. 174; Atina Grossmann, Reforming Sex. The German Movement for Birth Control and Abortion Reform, 1920–1950, Oxford – New York 1995, S. 138; vgl. auch Stephan Leibfried/Florian Tennstedt (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsfürsorge und sozialistische Ärztepolitik zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus, Bremen 1980[2].

chen städtischen und staatlichen Einrichtungen wurde problematisch; eine Reform erschien dringend notwendig. Die staatlichen Stellen traten damals für eine Vereinheitlichung und Zusammenlegung der bestehenden Gesundheitsdienste ein und wollten so die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens senken, während die Stadtärzte und die kommunalen Spitzenverbände dagegen kämpften. Eine Entscheidung über die künftige Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens fiel jedoch bis zur nationalsozialistischen Machtübernahme nicht.[8]

Die Krankenkassen weiteten in den zwanziger Jahren vor allem auf Druck der Gewerkschaften ihre Leistungen weiter aus, obwohl sie als Folge des Ersten Weltkrieges und der Hyperinflation finanziell immer mehr in Anspruch genommen wurden. Gleichzeitig ging mit den stärkeren organisatorischen Anforderungen die Anzahl der Kassen von ca. 21 300 im Jahr 1913 auf ca. 7 800 im Jahr 1924 zurück. Mit der wachsenden durchschnittlichen Mitgliederzahl entsprachen die Kassen zunehmend eher Verwaltungsorganen denn gewerkschaftlich geprägten Selbstverwaltungsorganisationen. Aus den ständigen Konflikten mit den niedergelassenen Ärzten entwickelte sich ein neues Element der Gesundheitsversorgung: Die Krankenkassen eröffneten in einigen Städten Ambulatorien mit angestellten Ärzten, in denen sich ihre Mitglieder behandeln lassen konnten. Von den Patienten wurden diese Einrichtungen gerne angenommen. Dagegen kämpfte wiederum die niedergelassene Ärzteschaft vehement, die hierin eine Beeinträchtigung ihrer Berufsausübung sah. Zu einer deutlichen Machtverschiebung zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Kassen kam es schließlich in den letzten Jahren der Weimarer Republik. Nach langer Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft sah sich der Gesamtverband deutscher Krankenkassen aus finanziellen Gründen gezwungen, einer Neuregelung zuzustimmen, welche die Regierung Brüning 1931 als Notverordnung erließ. Danach übernahmen neu geschaffene Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzte, die kassenärztlichen Vereinigungen, den Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die Honorarverteilung und die Überwachung der ärztlichen Tätigkeit, die bisher Aufgabe der Kassen gewesen war, lag nun bei diesen Vereinigungen. Im Gegenzug wurden die finanziellen Vergütungen der Kassen an die Ärzte begrenzt. Die Ärzte gewannen so deutlich an Macht gegenüber den Kassen, während Letztere Kontrollmöglichkeiten gegenüber der Ärzteschaft verloren. Gleichzeitig traten nun auch Schwierigkeiten für die Krankenhäuser auf, die bis dahin mit den Kassen direkt Verträge auch über ambulante Leistungen abgeschlossen hatten. Die Ärzteschaft versuchte in den dreißiger Jahren zunehmend, die Krankenhäuser aus dem Bereich der ambulanten Versorgung zu verdrängen und selbst ein Behandlungsmonopol in diesem Bereich zu erlangen.[9]

Ab 1933 beschnitt dann die NS-Regierung den Einfluss der den Nationalsozialisten verhassten „roten“ Kassen systematisch. Zunächst wurde auf Grundlage des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ ein großer Teil der Krankenkassenmitarbeiter aufgrund ihrer politischen Einstellung oder als „Nicht-Arier“ entlassen und oft durch NSDAP-Mitglieder ersetzt. Die Nationalsozialisten lösten zudem bereits im Laufe des Jahres 1933 die Selbstverwaltungsorgane der Kassen auf und unterstellten die Krankenkassen staatlicher Verwaltung. Im selben Jahr wurden auch die kasseneigenen Einrichtungen verboten, was bedeutete, dass von den Kassen betriebene Ambulatorien oder Kliniken schließen mussten und weiter in ihren Kompetenzen beschnitten wurden.[10]

In der städtischen Gesundheitsfürsorge kam es zu ähnlichen Entwicklungen. 1933 verloren viele Kommunalärzte ebenfalls aus „rassischen“ bzw. politischen Gründen ihre Stellen, was letztlich das Ende der „linken“ kommunalen Gesundheitsfürsorge bedeutete.[11] Die Nationalsozialisten setzten bald nach dem Machtantritt die schon in der Weimarer Republik diskutierte Zentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens um. Durch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934 wurden die kommunalen Gesundheitsämter verstaatlicht und mit den staatlichen Ämtern zusammengefasst. Allen Gesundheitsämtern wurden sowohl die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge als auch des Gesundheitsschutzes zugewiesen; sie waren damit zuständig für die Gesundheitspolizei, „Erb- und Rassenpflege“, Mütter- und Kinderberatung, die Fürsorge für Tuberkulöse, Geschlechtskranke und körperlich

8 Vgl. A. Labisch/F. Tennstedt (Anm. 6), S. 99 ff.

9 Vgl. F. Tennstedt (Anm. 2), S. 397–403.

10 Vgl. G. A. Ritter (Anm. 3), S. 135–136; vgl. auch Karl Teppe, Zur Sozialpolitik des Dritten Reichs am Beispiel der Sozialversicherung, in: Archiv für Sozialgeschichte, 17 (1977), S. 195–250.

11 Wolfgang U. Eckart, Öffentliche Gesundheitspflege in der Weimarer Republik und in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 51 (1989), S. 213–221, hier S. 218; vgl. auch A. Grossmann (Anm. 7), S. 137–140.

Behinderte, die gesundheitliche Volksbelehrung und die Schulgesundheitspflege. Letztlich trug das Vereinheitlichungsgesetz dazu bei, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu schwächen, indem es die vielfältigen kommunalen Traditionen aus der Weimarer Zeit beendete.[12] Gesundheitsfürsorgerische Aufgaben wurden mit selektierenden Maßnahmen entlang rassehygienischer Prinzipien verbunden und die „klassischen" Aufgaben der Gesundheitsfürsorge in den Dienst der nationalsozialistischen Ideologie gestellt. Der Sozialstaatsgedanke wurde pervertiert, indem das NS-Regime Gruppen von Bürgern als „minderwertig" einstufte, sie von der Versorgung der „Volksgenossen" ausschloss, verfolgte und ermordete. Die Maßnahmen der Gesundheitsbehörden reichten von Zwangssterilisation bis zur „Vernichtung unwerten Lebens", dem Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten.[13]

Die freie Ärzteschaft konnte dagegen ihre 1931 erreichte Stellung unter der nationalsozialistischen Herrschaft noch ausbauen; die kassenärztlichen Vereinigungen gewannen bereits 1933 weitere Kompetenzen hinzu.[14] Während jüdische Ärzte ab 1933 aus der kassenärztlichen Praxis verdrängt wurden, konnten niedergelassene nichtjüdische Ärzte erheblich von der Politik der NS-Regierung profitieren. Letztere waren auch überproportional stark in der NSDAP und anderen NS-Vereinigungen vertreten.[15]

III. Entscheidungen in der Nachkriegszeit

Nach dem Zweiten Weltkrieg musste das Gesundheitswesen zunächst die Folgen des Krieges wie das starke Ansteigen verschiedener Infektionskrankheiten, die Mangelerkrankungen und die zahllosen hygienischen Probleme bewältigen. Insbesondere die Institutionen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens waren mit der Bekämpfung von verschiedensten Gesundheitsgefahren beschäftigt.[16] Auch die Träger der Krankenhäuser standen vor enormen Problemen, da viele zerstörte Klinikgebäude wieder aufgebaut und neu ausgestattet werden mussten. Den Krankenkassen gelang in dieser Zeit der schnelle selbständige Neuaufbau ihrer Verwaltung und die Wiederaufnahme ihrer Leistungen. Dies geschah im Wesentlichen, ohne dass in den deutschen Verwaltungen substantielle Konzepte für eine Neuordnung entwickelt worden wären.[17]

Von Seiten der Alliierten gab es unterschiedliche Überlegungen, wie das deutsche Gesundheitswesen in Zukunft gestaltet werden sollte. Der Alliierte Kontrollrat legte 1946/47 einen Entwurf für eine Neuordnung der Sozialversicherung vor, der an dem englischen Modell orientiert war und eine Einheitsversicherung vorsah. Dieser Vorschlag scheiterte einerseits an zunehmenden Zwistigkeiten zwischen den Alliierten; andererseits wandten sich auch zahlreiche deutsche Politiker, besonders aus konservativen und liberalen Kreisen, dagegen. Viele Deutsche sahen die Sozialversicherung als eine der wenigen deutschen Errungenschaften, auf die man stolz sein könne und die deshalb unbedingt erhalten bleiben müsse.[18]

Nach der Gründung der Bundesrepublik fiel durch die Regierung Adenauer die endgültige Richtungsentscheidung gegen Zentralisierungstendenzen und gegen die alliierte Vorstellung einer Einheitsversicherung. Die CDU/CSU-geführte Bundesregierung wollte sich von sozialistisch geprägten Entwürfen des Sozialstaates absetzen, wie man sie in den skandinavischen Staaten und Großbritannien eingeführt hatte.[19]

In Westdeutschland wurde so die traditionelle Struktur der Sozialversicherung beibehalten. Durch das Fortbestehen der traditionellen Krankenkassen beruhte das deutsche Gesundheitssystem auch künftig auf dem Konzept der Bildung von Risikogemeinschaften gleicher sozialer Grup-

12 Vgl. A. Labisch/F. Tennstedt (Anm. 6), S. 322–336.

13 Vgl. A. Labisch (Anm. 7), S. 228ff; G.A. Ritter (Anm. 3), S. 133–135; vgl. auch Gisela Bock, Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, Opladen 1986; Hans-Werner Schmuhl, Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens" 1890–1945, Göttingen 1992^2.

14 Vgl. Gerd Göckenjan, Nicht länger Lohnsklaven und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte, in: Hans-Ulrich Deppe u. a. (Hrsg.): Medizin und Gesellschaft. Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag, Frankfurt/M.–New York 1987, S. 9–36, hier S. 34.

15 Vgl. zum starken Engagement der Ärzteschaft im Nationalsozialismus z. B. Michael Kater, Doctors under Hitler, Chapel Hill 1989.

16 Vgl. Hans-Ulrich Sons, Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945–49, Wuppertal 1983; Wilhelm Hagen, 10 Jahre Gesundheitswesen in der Bundesrepublik, in: Bundesgesundheitsblatt, 1 (1958), S. 113–118.

17 Vgl. F. Tennstedt (Anm. 2), S. 410.

18 Vgl. Hans Günter Hockerts, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, Stuttgart 1980, S. 49 ff.

19 Vgl. ders., Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hans Pohl (Hrsg.), Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik, Stuttgart 1991, S. 359–379, hier S. 363 f.

pen in einer Fülle verschiedener Krankenkassen. Die Versicherungspflicht blieb grundsätzlich auf so genannte „schutzbedürftige Bevölkerungskreise" beschränkt, auch wenn diese nun den überwiegenden Teil der Bevölkerung ausmachten (72 Prozent im Jahr 1949; zehn Jahre später bereits 85 Prozent). Den Kassen standen als Anbieter medizinischer Leistungen weiterhin in der ambulanten Versorgung die Ärzte und in der stationären Versorgung die Krankenhäuser gegenüber.[20]

Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens galt in der Bundesrepublik das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" von 1934 weiter. Die festgelegten Zuständigkeiten bestanden fort, nur die Wortwahl hatte sich geändert: „Erb- und Rassenpflege" war durch „Erbpflege einschließlich Eheberatung" ersetzt worden. Das Gesundheitsamt war nach wie vor nicht berechtigt, Kranke zu behandeln.[21] Die Belastungen aus der Zeit des Nationalsozialismus wirkten kaum als günstige Grundlage für einen Neubeginn. Eine kritische Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit wagten die führenden Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamten damals nicht. Gleichzeitig gelang es auch nicht, sozialmedizinische Ansätze in der Wissenschaft neu zu beleben. Die engagierten Sozialmediziner der Weimarer Zeit waren zudem fast ausnahmslos vertrieben worden oder hatten emigrieren müssen und konnten ihre Arbeit nicht fortsetzen.[22]

IV. Gesundheitspolitik in den fünfziger und sechziger Jahren

Trotz zahlreicher struktureller Kontinuitäten aus der Vorkriegszeit kam es in den fünfziger Jahren auch zu einigen wichtigen Veränderungen, welche die weitere Entwicklung des bundesdeutschen Gesundheitssystems prägten.

Besonders die Ärzteschaft konnte ihre Stellung in der ersten Dekade der Bundesrepublik erheblich festigen.[23] Die Ärzte erhoben damals immer wieder Anspruch auf das ambulante Behandlungsmonopol und konnten in der Politik meist mit Unterstützung für ihre Position rechnen. Der Hartmannbund, die ständische Vertretung der niedergelassenen Ärzte, argumentierte beispielsweise 1954, dass der kassenärztliche Auftrag vor der Konkurrenz der Eigeneinrichtungen der Kassen geschützt werden müsse. Diese würden nicht in die marktwirtschaftliche Verfassungsordnung passen und eine unlautere Konkurrenz der öffentlichen Hand gegenüber den freien Berufen darstellen.[24] Die Ärzte betonten stets, dass „echtes Arzttum" nur in einer freien ärztlichen Berufsausübung bestehen könne. Plausible Erklärungen für diese Behauptungen blieben die Ärzte zwar schuldig; ihre Position, nur ein freier Arzt könne das Vertrauen seiner Patienten erwerben und eine angemessene medizinische Versorgung garantieren, fand aber in der Bundespolitik während der fünfziger Jahre starke Zustimmung.[25]

Das „Gesetz über das Kassenarztrecht" von 1955 war ein wichtiger Schritt zur Gestaltung des bundesdeutschen Gesundheitswesens. Es griff bei der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen im Wesentlichen auf die Notverordnung von 1931 zurück und schuf eine Kassenärztliche Bundesvereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts. Von der Anlehnung an die Regelungen der dreißiger Jahre erhoffte sich die Bundesregierung ein Gleichgewicht zwischen Kassen und Kassenarztvereinigungen.[26] Gegen den vehementen Protest der Krankenkassen übertrug das Gesetz außerdem die ambulante Versorgung gänzlich der Kassenärztlichen Vereinigung. Eigene Einrichtungen der Kassen waren nun nicht mehr möglich.[27]

20 Vgl. F. Tennstedt (Anm. 2), S. 414–422.

21 Vgl. Rudolf Hecker u. a., Grundriss der Gesundheitsfürsorge, München–Basel 1954, S. 32.

22 Vgl. Norbert Schmacke, Die Individualisierung der Prävention im Schatten der Medizin, in: Sigrid Stöckel/ Ulla Walter (Hrsg.); Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim–München 2002, S. 178–189, hier S. 179–180; Werner Hofmann/Friedrich Wilhelm Schwartz, Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, Entwicklung in den alten Bundesländern, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, 18 (1993), S. 6–24.

23 Vgl. Volker Wanek, Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen, Frankfurt/M. 1994, S. 133.

24 Vgl. Deutscher Bundestag, Parlamentsarchiv (im Folgenden PA), II 165 A2, Anlage zum Ausschussprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Vorschläge des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund e. V.).

25 Vgl. Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i. Br. 1967, S. 103–105.

26 Dass sich diese Verordnung in der Praxis kaum bewährt hatte, da mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten die Selbstverwaltung der Kassen praktisch ausgeschaltet war, wurde damals nicht wahrgenommen. Vgl. Marian Döhler/ Philip Manow, Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen 1997, S. 38.

27 Zu den Protesten der Kassen s. z. B. PA, II 165 A 2, Anlage zum Ausschussprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Vereinigungen der Ortskranken-

Zusätzlich wurden der stationäre und der ambulante Sektor endgültig getrennt; die Krankenhäuser gaben den ambulanten Bereich ganz an die niedergelassenen Ärzte ab. [28] Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung der ambulanten Versorgung der Bundesrepublik Deutschland war schließlich die Niederlassungsfreiheit der Ärzte: 1960 hob das Bundesverfassungsgericht die bestehenden Beschränkungen für die Niederlassung von Kassenärzten als verfassungswidrig auf. Jeder Mediziner hatte nun grundsätzlich das Recht, sich als Kassenarzt dort niederzulassen, wo er wollte. Dies führte in den nächsten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Ärztezahlen, insbesondere bei den Fachärzten.[29]

Während die Ärzteschaft ihre Position gegenüber den Kassen ausbauen konnte, wurde das öffentliche Gesundheitswesen in seinen Kompetenzen stark beschnitten und gab immer mehr Aufgabenbereiche an die niedergelassenen Ärzte ab.[30] Anfang der fünfziger Jahre gab es noch Versuche, dem öffentlichen Gesundheitswesen verstärkt sozialmedizinische und fürsorgerische Aufgaben zuzuschreiben. Insbesondere das von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums entwickelte „Gesetz für vorbeugende Gesundheitsfürsorge“ sollte den Gesundheitsämtern die Prophylaxe für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder zuweisen. Allerdings scheiterte dieses Gesetz bereits innerhalb des Ministeriums an der Furcht vor einer vermeintlichen Nähe zu autoritärer „Staatsmedizin“ sowie an rechtlichen Problemen.[31] Die Prophylaxe für Schwangere und Säuglinge ging schließlich 1965 bzw. 1971 durch andere Gesetze in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung über und gehörte nun zum Arbeitsbereich der freien Ärzteschaft.[32] Das öffentliche Gesundheitswesen wurde in den fünfziger und sechziger Jahren weitgehend seiner präventiv-medizinischen und sozialen Aufgaben beraubt und im Wesentlichen auf kontrollierende und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Das Scheitern eines anderen Projektes zur Neugestaltung des Gesundheitswesens hatte ebenfalls weitreichende Konsequenzen. Ende der fünfziger Jahre strebte die Bundesregierung im Rahmen der so genannten „Sozialreform“, die alle Sozialversicherungsleistungen auf eine einheitliche, neue Grundlage stellen sollte, auch eine Struktur- und Gesamtreform des Krankenkassenwesens durch das „Krankenversicherungsneuregelungsgesetz“ an.[33] Das neue Gesetz sollte durch staatliche Honorarfestlegungen eine bessere Ausgabenkontrolle im Gesundheitswesen erreichen. Die Verhandlungsautonomie zwischen Ärzten und Kassen sollte weitgehend aufgehoben werden. Sowohl die Kassenverbände als auch die Ärzte opponierten aber gegen alle Änderungen, die ihren Status beschnitten hätten. Besonders die Ärzteschaft wollte auf jeden Fall eine staatliche Kontrolle ihrer Honorarverhandlungen verhindern. Gleichzeitig sollten sich durch Selbstbeteiligung der Patienten die Leistungen der Krankenkassen stärker auf schwere Krankheitsfälle konzentrieren. Dieses Vorhaben stieß auf heftigen Widerstand in der SPD wie auch in den gewerkschaftlichen und Arbeitnehmerkreisen der CDU, die sich gegen den Abbau von Leistungen wehrten. Der umstrittenste Punkt sowohl innerhalb des Regierungslagers als auch mit der Opposition war die Frage der Zuzahlungen von Kassenpatienten.[34] Der Gesetzentwurf kam schließlich 1961 im sozialpolitischen Ausschuss des Bundestages endgültig zu Fall. Stattdessen wurden einzelne Leistungsverbesserungen aus der Gesamtreform herausgenommen und umgesetzt, ohne ein wirksames Instrument der staatlichen Ausgabensteuerung einzufügen.[35]

Die Krankenhäuser als weitere Anbieter von Gesundheitsleistungen hatten in den fünfziger und sechziger Jahren vor allem mit finanziellen Defiziten zu kämpfen. Die Krankenkassen bezahlten keine kostendeckenden Pflegesätze; bei dringend nötigen Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung mussten die Träger um Zuschüsse von Ländern und Kommunen kämpfen. Eine bundesweit geregelte Bedarfsplanung gab es nicht. Da sich die Krankenhäuser in öffentliche – meist kommunale –, freigemeinnützige und private Kliniken gliederten und ihre Träger so z. T. divergierende

kassenverbände an die Mitglieder des Deutschen Bundestages, 15. 6. 1954. Das Gesetz in BGBl I, 1955, S. 513.

28 Vgl. Bernd Rosewitz/Douglas Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M.–New York 1990, S. 41–42.

29 Vgl. V. Wanek (Anm. 23), S. 134; F. Tennstedt (Anm. 2), S. 417.

30 Vgl. Ludwig von Manger-Koenig, Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Gestern und Morgen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 37 (1975), S. 433–448.

31 Bundesarchiv Koblenz (im Folgenden BAK), B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge, 24. 2. 1956.

32 Vgl. Heinz-Harald Abholz, Prävention und Medizin – am Beispiel niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland, in: Thomas Elkeles (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe, Berlin 1991, S. 169–188, hier S. 171.

33 Vgl. B. Rosewitz/D. Webber (Anm. 28), S. 172–183.

34 Vgl. F. Naschold (Anm. 25), S. 222–264; Ursula Reucher, Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–65), Düsseldorf 1999, S. 178–181.

35 Vgl. F. Tennstedt (Anm. 2), S. 418–421.

Interessen verfolgten, konnten sie gegenüber den Kassen nie so geschlossen und machtvoll auftreten wie die freie Ärzteschaft.[36]

Neben den ständigen Auseinandersetzungen zwischen Kassen, Leistungsanbietern und Staat kennzeichneten auch Strukturprobleme, die aus dem föderalen Aufbau der Bundesrepublik herrührten, das westdeutsche Gesundheitswesen. Die Verhältnisse waren von Anfang an durch eine starke Verschränkung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern geprägt. Der Bund konnte nach dem Grundgesetz nur über internationale Abkommen, die Mitgliedschaft in supranationalen Organisationen sowie bei Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung in eigener Regie entscheiden.[37] Alles andere fiel in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung; die Länder hatten also die Befugnis, Gesetze zu erlassen, solange der Bund nicht tätig wurde. Das Initiativrecht des Bundes war noch weiter eingeschränkt: Nur wenn eine Angelegenheit durch die einzelnen Länder nicht wirksam geregelt werden konnte, sollte der Bund eingreifen. An dieser Einschränkung scheiterte 1964 zum Beispiel das vom Bund initiierte „Jugendzahnpflegegesetz“. Obwohl der Bundesrat das Gesetz grundsätzlich befürwortete, bestritt er die Notwendigkeit eines Bundesgesetzes.

Gerade im öffentlichen Gesundheitswesen hätten die Länder eine relativ große Gestaltungsfreiheit gehabt. Allerdings nutzten sie ihren Handlungsspielraum selten konsequent aus. Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege beispielsweise beklagte Mitte der fünfziger Jahre, dass noch kein freiwilliger unentgeltlicher Blutspendedienst von den Ländern durchgeführt werde und es in der Schulgesundheitspflege an Ärzten und Etatmitteln fehle. Versuche des Bundes, deswegen in das öffentliche Gesundheitswesen einzugreifen, wurden von den Ländern aber aus prinzipiellen Erwägungen abgelehnt.[38]

Hinzu kam, dass das Gesundheitswesen auch auf Bundesebene unter seiner organisatorischen Zersplitterung litt, die in Deutschland eine lange Tradition hatte. Die Belange der Sozialversicherungen und mit ihr die Krankenkassen fielen in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums. Fragen der öffentlichen Fürsorge, der Zulassung zu ärztlichen Berufen, der Hygiene, der übertragbaren Krankheiten oder der Gesundheitsfürsorge wurden in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bearbeitet. In den meisten Ländern zeigte sich eine ähnliche Aufteilung. Ende der fünfziger Jahre wurde die Kritik an diesen Strukturmängeln immer lauter und ein Bundesgesundheitsministerium gefordert.[39] Bundeskanzler Adenauer kam diesen Forderungen schließlich zu Beginn seiner vierten Legislaturperiode im November 1961 nach. Das neu errichtete Ministerium ging jedoch nur aus der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums hervor. Die Krankenversicherung verblieb weiterhin im Ressort des Sozialministeriums, so dass von einer grundlegenden Reformierung des gesamten Gesundheitswesens nicht die Rede sein konnte.[40]

Als prägend für das bundesdeutsche Gesundheitswesen der Nachkriegszeit und ganz besonders für den öffentlichen Gesundheitsdienst können sicherlich auch die Lebensläufe deutscher Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamter gelten. Viele Karrieren waren im Wesentlichen durch Kontinuität über die letzten Jahre der Weimarer Republik und die Zeit des Nationalsozialismus hinweg gekennzeichnet.[41] Aus ihrer eigenen Lebensperspektive sahen diese Experten die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des gesamten deutschen Gesundheitswesen durchaus positiv und vertraten die Meinung, das deutsche Gesundheitswesen habe die NS-Zeit unbeschadet überstanden. Daher gab es von ihnen kaum Impulse für einem Neuanfang oder Vorschläge für Reformen des Systems. Gerade die Neuordnung und Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Nationalsozialisten von 1934 wurde als folgerichtige Entwicklung wahrgenommen, während alternative Formen der Gesundheitspflege mit einer stärkeren Verknüpfung von sozialen und medizinischen Diensten auf kommunaler Ebene oder auch eine Rückkehr zu Weimarer Konzepten kaum thematisiert wurden.

36 Vgl. Dagmar Müller/Michael Simon, Steuerungsprobleme des stationären Sektors: Das Krankenhaus zwischen Kostendämpfung und Qualitätssicherung, in: Bernhard Blanke (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen 1994, S. 327–372; Kurt Tetzlaff, Die kommunalen Krankenanstalten und ihre Finanzierung in den Rechnungsjahren 1950 bis 1958, in: Das Krankenhaus, 1961, S. 209–212.

37 Vgl. Fritz Bernhardt, Zuständigkeiten des Bundes und der Länder, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck der Wochenzeitung „Das Parlament“, Nr. 35 vom 31. 8. 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, S. 3–8.

38 Vgl. L. v. Manger-Koenig (Anm. 30), S. 438.

39 BAK, B 142/5082 Besprechung im Referat IV des Innenministeriums 4.9.1961, Anlage Resolution der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege.

40 Vgl. F. Bernhardt (Anm. 37), S. 7.

41 Vgl. N. Schmacke (Anm. 22), S. 183; zu einzelnen Protagonisten z. B. Sabine Schleiermacher, Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuss für die Innere Mission, Husum 1998.

Dies verstärkte sich noch durch das stete Abgrenzungsbedürfnis zur DDR, wo ja gerade solche Formen der Gesundheitsfürsorge wieder auflebten. Zudem wollten die Gesundheitspolitiker zu starke zentralistische Tendenzen vermeiden, die eine Nähe zur NS-Politik hätten vermuten lassen. Man kann hier eine Art „negativen Lernprozess" beobachten, der in eine gewisse Ideenarmut mündete. So wurde den Ansprüchen der freien Ärzteschaft, zahlreiche Aufgaben aus dem Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu übernehmen, sehr wenig entgegengesetzt.

V. Fazit

In Deutschland entstand Ende des 19. Jahrhunderts mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung ein neues Gesundheitssystem. Charakteristisch war neben der Pflichtversicherung und der Vielfalt der Kassen das Prinzip der gegenseitigen Sicherung innerhalb bestimmter Solidargruppen. Von Anfang an gab es zwischen den Kassen und den Anbietern von Gesundheitsleistungen, den Ärzten und den Trägern von Krankenhäusern, große Interessenkonflikte. Die Konstruktion des deutschen Krankenversicherungssystems begünstigte eine starke Position der Verbände und Akteure, was in diesem Politikfeld ein hohes Konfliktpotential schuf. Die starke Konzentration des deutschen Gesundheitswesens auf die Therapie lässt sich im Ansatz ebenfalls aus dieser Formierung ableiten: Die Krankenkassen waren grundsätzlich an der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ihrer Versicherten interessiert. Breit gefächerte präventive Maßnahmen lagen dem Krankenkassengedanken fern und erlangten erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts größere Bedeutung.

Gleichzeitig entstand um die vorletzte Jahrhundertwende ein sehr reges öffentliches Gesundheitswesen, das vor allem in den Städten vielfältige gesundheitsfürsorgerische Dienste anbot. Dies ging jedoch mit einer strikten Trennung zwischen präventiven Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und kurativer Medizin als Kassenleistung einher. Erst in den sechziger Jahren begann in der Bundesrepublik eine Integration der präventiven und kurativen Aspekte, allerdings dann gänzlich innerhalb der Krankenkassenleistungen und durch die freie Ärzteschaft als Anbieter.

Unter den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens entwickelten sich die Ärzte zur dominanten Gruppe. Diese Entwicklung begann bereits in den zwanziger Jahren. Die Ärzte stritten vehement um ihre Stellung und schafften es, ihre Aufgabenbereiche ständig zu erweitern. Durch das Kassenarztgesetz von 1955 wurde die Machtposition der Ärzte deutlich ausgebaut; sie erhielten nun das Monopol für die ambulante Behandlung und konnten gegenüber den Krankenkassen eine deutliche Verbesserung ihrer Position erreichen. Die starke Stellung der niedergelassenen Ärzteschaft verstärkte auch die Dominanz kurativer Konzepte und die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung.

Bei den Krankenkassen war eine umgekehrte Entwicklung zu beobachten: Sie verloren zunehmend an Gestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten. Die 1957 begonnene umfassende Krankenversicherungsreform, die neben anderen Veränderungen das Ungleichgewicht zwischen Kassen und Anbietern mildern sollte, scheiterte. Danach wurden Reformen in diesem Politikbereich mit den divergierenden Akteursinteressen immer schwieriger. Die Politik beschränkte sich vor dem Hintergrund des Wirtschaftsaufschwungs in den nächsten Jahren darauf, die Kassenleistungen auszubauen, ohne neue Steuerungsmöglichkeiten einzuführen.

Dem Machtgewinn der Ärzte stand zudem ein Statusverlust und Rückzug des öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber. In der Bundesrepublik wurde dieser Bereich des Gesundheitswesens weitgehend auf Kontrolltätigkeiten beschränkt und der fürsorgerischen Aufgaben beraubt. Mit der zunehmenden Schwächung des öffentlichen Gesundheitswesens fristete die soziale, präventive Medizin in den Anfangsdekaden der Bundesrepublik ein Schattendasein.

Organisationsstruktur und Akteurskonstellation des deutschen Gesundheitssystems zeigen über politische Umbrüche hinweg eine bemerkenswerte Kontinuität. Gegenüber diesen ausgeprägten strukturellen Beharrungskräften erreichten politische Steuerungs- und Reformversuche nur eine sehr begrenzte Wirksamkeit. Einmal eingeschlagene Pfade bestimmten die Entwicklung nachhaltig. Nach 1945 trugen die ständige Abgrenzung von der DDR-Sozialpolitik und die fehlende kritische Auseinandersetzung mit der NS-Vergangenheit dazu bei, dass alternative gesundheitspolitische Konzepte nicht zum Zuge kamen.

Annette Riesberg/ Susanne Weinbrenner/ Reinhard Busse

Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich
Was kann Deutschland lernen?

In der Einschätzung der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen beruft sich die öffentliche gesundheitspolitische Debatte gern auf den internationalen Vergleich und bewegt sich dabei zwischen zwei Polen: So schrieben die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen in der Begründung zu ihrem Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich teuer sei, seine Qualität und Ergebnisse jedoch nur im Mittelfeld lägen. Nach den Konsensgesprächen mit der Opposition wurde das gemeinsame Eckpunktepapier vom 21. Juli 2003 dagegen wie folgt eingeleitet: „Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland gilt weltweit nach wie vor als Vorbild. (Um Zugang und solidarische Finanzierung und Leistungsgerechtigkeit aufrechtzuerhalten), müssen die vorhandenen finanziellen Mittel effizienter und wirtschaftlicher eingesetzt werden. (. . .) Die medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich auf einem hohen Niveau. Dennoch bedarf es ständiger Bemühungen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.“

Wie kommt es zu solch unterschiedlichen Einschätzungen? Um ein Gesundheitssystem zu bewerten, muss zunächst die Evaluationsgrundlage klar sein, sprich: Es muss bekannt sein, welche Ziele verfolgt werden sollen.

I. Gesundheitspolitische Ziele

Gesundheitspolitik braucht Ziele, auf deren Basis sie mit den beteiligten Akteuren geeignete Umsetzungsformen auswählen und die vorhandenen Ressourcen angemessen verteilen kann. Die Gewährleistung einer (qualitativ) angemessenen und bedarfsgerechten, zugleich aber auch notwendigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung sowie die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall ist Gegenstand der Rechtskodizes aller europäischen Länder. Viele Länder haben, anders als Deutschland, auch ein Recht auf Gesundheit in ihrer Verfassung verankert.

In den achtziger Jahren entwickelten die Mitgliedsländer der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Zielkatalog „Gesundheit für alle“, der das Ziel einer gesundheitsförderlichen Politik zwar einerseits auf viele Politikfelder ausdehnte, es andererseits aber unterließ, für die Gesundheitssysteme im engeren Sinne quantifizierte Ziele zu formulieren. Lange Zeit unterblieb daher ein internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen anhand gemeinsamer Ziele. Erst im „Weltgesundheitsbericht 2000“ stellte die WHO eine Liste von drei Hauptzielen und davon abgeleiteten Messwerten einer breiteren Öffentlichkeit zur Diskussion.[1]

1. Das Gesundheitssystem soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Man könnte einwenden, dies sei nichts Besonderes, deswegen hätten wir ja schließlich ein Gesundheitssystem. Aber wir sehen nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern, dass dieses Ziel bisher viel zu wenig im Mittelpunkt gestanden hat. Das wirklich primäre Ziel des Gesundheitssystems ist nicht die Schaffung von Arbeitsplätzen für Ärzte und Pflegekräfte oder der Absatz von Waren, sondern die Gesundheit der Bevölkerung. Dieses erste Ziel hat laut WHO zwei Komponenten: Zum einen ist dies die Höhe – also das durchschnittliche Ausmaß – der Gesundheit in der Bevölkerung, zum anderen die Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung. Wenn die Einwohner eines Landes im Durchschnitt 75 Jahre alt werden, aber ungelernte Arbeiter mit 65 und Ärzte mit 85 sterben, ist das eine ungleiche Verteilung der Gesundheit. Ein ebenso wichtiges Ziel wie die 75 Jahre voller Gesundheit im Durchschnitt ist demnach die gleichmäßige Verteilung innerhalb einer Gesellschaft.

2. Das zweite Ziel heißt Responsivität. Es umfasst zwei große Kategorien, mit denen die Güte des Kontaktes zwischen Patient und System gemessen werden soll: a) Kundenorientierung, worunter die WHO vier Subkategorien fasst: Gewährleistung der Wahl der leistungserbringenden Person oder Institution, prompte Aufmerksamkeit (d. h. geringe Wartezeiten beim Zugang zur Versorgung), angemessene Qualität der Versorgung sowie Zugang zu sozialen Unterstützungsnetzwer-

1 Vgl. World Health Organization, World Health Report 2000, Genf 2000 (www.who.int/whr/previous/en).

ken; b) Respekt für die Person, mit ebenfalls vier Subkategorien: Respekt der Würde des Individuums und seiner Autonomie sowie die Gewährleistung von Vertraulichkeit und angemessener Kommunikation bzw. Information. Auch bei diesen Teilzielen ist eine gleichberechtigte Verteilung im Auge zu behalten.

3. Das dritte Ziel, die faire Finanzierung, bedeutet, dass die Bürger nach Finanzkraft und nicht nach Bedarf oder Inanspruchnahme zur Finanzierung der gesundheitlichen Leistungen herangezogen werden. (Der Weltgesundheitsbericht definiert übrigens „proportional" – also ein konstanter Prozentsatz am Einkommen, jedoch nach Abzug der Kosten für Nahrungsmittel – als „fair"; andere mögen eine eher progressive Finanzierung – je weniger der Verdienst, desto geringer der zu zahlende prozentuale Finanzanteil wie z. B. bei direkten, nicht aber bei indirekten Steuern – als fair erachten.)

Diese gesundheitspolitischen Ziele werden nicht allein von Regierungen und supranationalen Organisationen aufgestellt, sondern auch von einem überwiegenden Teil der Bevölkerung in den verschiedensten Ländern unterstützt. So befürworten 80 Prozent der deutschen Bevölkerung eine Umverteilung zwischen Personen mit hohem und niedrigem Einkommen, guter und schlechter Gesundheit, Erwachsenen und Kindern, mittlerem und höherem Alter. Derzeitige Nettozahler unterscheiden sich diesbezüglich kaum von derzeitigen Nettoempfängern. Die Mehrheit der Bevölkerung würde mehr zahlen, um eine bessere Qualität, Zugang zu therapeutischen Innovationen zu erhalten oder Leistungskürzungen zu vermeiden.[2]

In der wissenschaftlichen, im Prinzip auch der öffentlichen und politischen Diskussion herrscht Übereinstimmung darüber, dass nicht alle Ziele gleichermaßen effektiv verfolgt werden können. Die Kunst und das Handwerk von Politik, Verwaltung, aber auch Leistungserbringern ist es, verschiedene Ziele möglichst miteinander zu verbinden und tragfähige Kompromisse zu erwirken. Werden z. B. zum Zwecke der Qualitätssteigerung Mindestmengen an diagnostischen Maßnahmen oder Operationen pro Institution oder Arzt vorgeschrieben, so müssen Nachteile im Zugang zu diesen Leistungen z. B. für die ländliche Bevölkerung in Kauf genommen werden. Darf aber der Gleichheitsgrundsatz nur bei wirklich qualitätsgesicherten Leistungen gelten, oder muss er auch bei Zweifeln an der Qualität berücksichtigt werden? Wie können Zugangsbarrieren für die Betroffenen möglicherweise praktikabel kompensiert werden (beispielsweise durch gezielt eingesetzte Fahrtkostenerstattungen)? Auf der anderen Seite wird im Rahmen der Diskussionen um die zukünftige Gesundheitspolitik in der EU befürchtet, dass eine zunehmende Berücksichtigung des Ziels „Zugang" zur Gesundheitsversorgung im europäischen Ausland dazu führt, dass die Mitgliedstaaten bei den Zielen „Finanzierbarkeit/Kostenbegrenzung" und „Qualität" Abstriche machen müssen, also bei Zielen, die bisher auf EU-Ebene Übereinstimmung finden.

Im Weltgesundheitsbericht wurde die Höhe der Gesamtausgaben ausdrücklich nicht als Ziel aufgenommen, weder in der einen (je niedriger, desto besser), noch in der anderen (je höher, desto besser) Richtung. Sie kam aber indirekt zum Tragen, da die für das Gesundheitswesen aufgewendeten Ressourcen in Relation zum Grad der Erreichung der drei Ziele gesetzt wurden, also die Effizienz des Systems bestimmt wurde. Lediglich die darauf beruhende Rangliste – bei der Deutschland weltweit nur auf den 25. Platz kam – wurde damals breit diskutiert.

Bei aller berechtigten Kritik an den (oft fehlenden) Daten und der Berechnungsmethodik wurden zwei fundamentale Dinge übersehen: Erstens wurde erstmals ein kohärentes Zielbündel für Gesundheitssysteme vorgelegt, und zweitens schnitt Deutschland nicht durchgehend so schlecht ab, wie dies in der öffentlichen Debatte den Anschein hatte. So kam es beim Ziel „Responsivität" auf Platz 5. Dieses Ergebnis wird von vielen anderen Studien sowohl zum niedergelassenen als auch zum stationären Sektor gestützt[3] und kann nicht verwundern. Wartelisten sind im deutschen Gesundheitswesen – von den formalen Wartelisten bei Transplantationen abgesehen – nicht bekannt, wenn auch in ländlichen Gebieten gewisse geographische und zeitliche Zugangserschwernisse zu beobachten sind. Die Infrastruktur ist (trotz mancher Klagen) vergleichsweise sehr gut. Hier sind im letzten Jahrzehnt in den neuen Bundesländern enorme Anpassungsleistungen an die Standards der alten geleistet worden. Gleichzeitig lassen im europäischen Vergleich immer noch hohe Dichte-

2 Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bonn 2003.

3 Vgl. Richard Grol u. a., Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison, in: British Journal of General Practice, 50 (2000) 11, S. 882–887; Angela Coulter/ Paul Cleary, Patients experience with hospital care in five countries, in: Health Affairs, 20 (2001) 3, S. 244–252.

ziffern an Krankenhausbetten und medizinischen Großtechnologien eine Überversorgung vermuten, insbesondere, wenn sie nicht mit einer Verbesserung der Krankheitslast, z. B. bei Herzerkrankungen, einhergeht.[4]

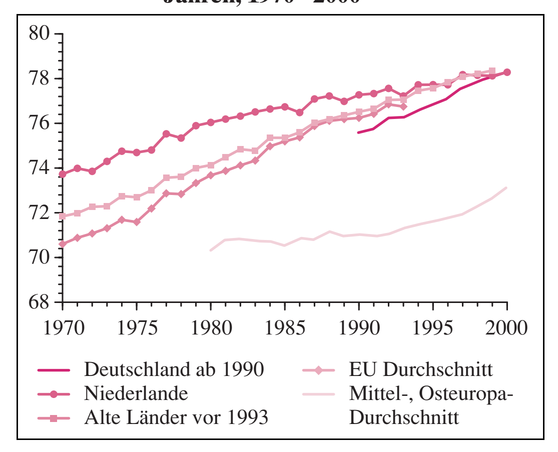
Bei dem Ziel einer „fairen Finanzierung" kam Deutschland im WHO-Ranking auf Platz 6–7. Eine so hohe Bewertung überrascht, glauben doch viele, dass steuerfinanzierte Systeme hier besser abschneiden sollten. Dabei darf aber nicht der hohe Anteil indirekter Steuern (die typischerweise eher regressiv sind, also niedrigere Einkommen stärker belasten) vergessen werden, die keineswegs „fair" erhoben werden. Die Schweiz mit ihren Kopfpauschalen landete bei diesem Indikator übrigens lediglich auf Platz 38–40, d. h. nur knapp vor Italien und Portugal, die sehr hohe Zuzahlungen für Kranke kennen.

Bei Ziel 1, der Gesundheit gemessen an der Lebenserwartung, sah es mit Platz 22 schon schlechter aus – hier lagen vor allem südeuropäische Länder vorn. *Abbildung 1* zeigt, dass die niedrigeren Werte bei der Lebenserwartung zum Teil mit der höheren Sterblichkeit in den ostdeutschen Ländern zusammenhängt, dass aber sehr hohe Steigerungsraten in den neuen Bundesländern und damit auch in Deutschland zu beobachten sind. Wenn wir die Lebenserwartung oder die behinderungsfreie Lebenserwartung als Indikator nehmen, wissen wir jedoch nie, ob eine niedrige Lebenserwartung in einem Land den Bedarf nach einem guten Gesundheitssystem belegt (also höhere Investitionen vonnöten sind) oder ein Versagen des Gesundheitssystems (die Ausgaben also besser zurückgefahren werden sollten). Besser geeignet ist der Grad der „vermeidbaren Mortalität", also Todesfälle aufgrund von Ursachen, die durch eine gute Prävention oder Kuration zu vermeiden wären. Hier haben neue Berechnungen gezeigt, dass Deutschland innerhalb der EU gleich hinter Schweden und Frankreich, vor Spanien, Finnland, Italien, Dänemark, den Niederlanden und Griechenland – und weit vor Großbritannien – rangiert.

Das soll jedoch keineswegs dazu veranlassen, sich beruhigt zurückzulehnen („habe ich ja schon immer gesagt – das deutsche System ist das beste der Welt"). Neben Hinweisen auf teilweise exzellente Gesundheitsergebnisse der Gesundheitsversorgung, z. B. in der stationären Behandlung von

4 Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bde. I–III, Bonn 2001 (www.svr-gesundheit.de).

Abbildung 1: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, 1970–2000



Herzerkrankungen[5], gibt es insbesondere zur kontinuierlichen Therapie auch sehr besorgniserregende Studien, die Deutschland z. B. bei dem Anteil der Blutdruckkranken mit gut kontrolliertem Blutdruck auf einen abgeschlagenen letzten Platz verweisen und sogar eine Verschlechterung im Verlauf der neunziger Jahre belegen[6], wobei die begrenzte Repräsentativität von Studien bei der Interpretation immer berücksichtigt werden sollte.

Das Bewusstsein über Gesundheits- und Qualitätsprobleme ist eine wichtige Voraussetzung für die Schwerpunktsetzung in der Politik wie auch in der Versorgung. Gesundheitsziele in Deutschland stellen ein gutes Beispiel dar, dass, was und wie Deutschland von anderen Ländern lernen kann. Der internationalen Debatte und Vorbildern in anderen Ländern folgend, wurden kürzlich unter Einbeziehung vieler Akteure Gesundheitsziele und Umsetzungsmöglichkeiten definiert – ein Ergebnis, das lange in dem durch Föderalismus, Selbstverwaltung, gegliederte Sozialversicherungen und pluralistische Anbieter geprägten Gesundheitssystem schwer erreichbar erschien. Die Gesundheitsziele[7] beziehen sich auf die folgenden Bereiche: Diabetes, Brustkrebs, Reduzierung des Tabakkonsums, gesundes Aufwachsen (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung bei

5 Vgl. Afschin Gandjour u. a., European comparison of costs and quality in the treatment of acute myocardial infarction (2000–2001), in: European Heart Journal, 23 (2002), S. 858–868.
6 Vgl. EUROASPIRE, Clinical reality of coronary prevention guidelines. A comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries, in: Lancet, 357 (2001), S. 995–1001.
7 Siehe Akteure, Prozess, Zwischenberichte (2003) und Mitsprachemöglichkeiten unter www.gesundheitsziele.de.

Kindern), Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz und Stärkung der Patientensouveränität.

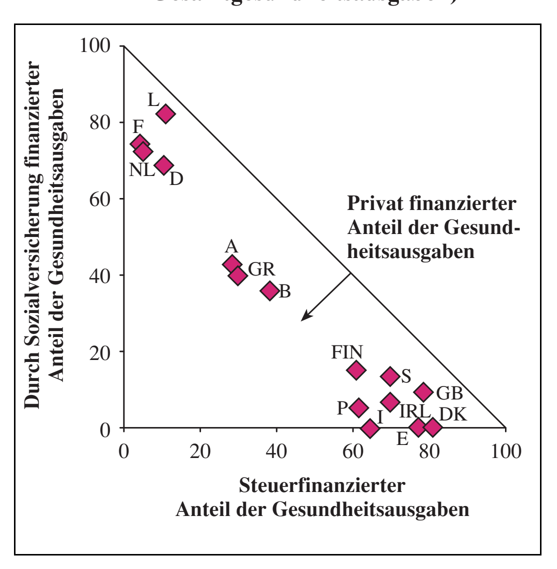
II. Gesundheitssysteme und -reformen im Vergleich

1. Systemüberblick

In Europa lassen sich im Wesentlichen zwei Modelle von Gesundheitssystemen unterscheiden: Ein „Beveridge-Modell", das sich in der Finanzierung primär auf Steuern stützt, wird in den nordeuropäischen Ländern sowie in Irland und dem Vereinigten Königreich angetroffen. Südeuropäische Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland sind seit den achtziger Jahren ebenfalls dieser Gruppe zuzurechnen *(s. Abbildung 2)*. Zu den Sozialversicherungsländern, auch „Bismarck-Systeme" genannt, zählen alle mitteleuropäischen und seit den frühen bzw. späten neunziger Jahren nahezu alle osteuropäischen Länder, wobei der Staat in den meisten der Beitrittsländer weiterhin eine relativ hohe Bedeutung insbesondere bei der Finanzierung des Gesundheitssystems hat. *Abbildung 2* zeigt, dass die Länder der Europäischen Union bei der Finanzierung auf einer Mischung aus öffentlichen und privaten Finanzierungsquellen aufbauen, wobei der Anteil öffentlicher Ausgaben im internationalen Vergleich weiterhin relativ hoch ist.

Im europäischen Vergleich gibt Deutschland in der Querschnittsbetrachtung viel Geld für Gesundheit aus, aber beispielsweise nur durchschnittlich viel für Sozialschutz und Schulbildung. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt fallen die Steigerungsraten niedriger aus als in anderen europäischen Ländern *(s. Abbildung 3)* und im Durchschnitt der OECD-Länder seit 1990. Höhere Gesundheitsquoten hängen teilweise auch mit einem geringeren Anstieg des Bruttoinlandsprodukts zusammen, wie es z. B. in vielen westeuropäischen Sozialversicherungsländern im letzten Jahrzehnt zu beobachten war. Hier spiegelt sich auch die Entwicklung nach der deutschen Wiedervereinigung wider: Die relativ geringere Wirtschaftskraft der Länder auf dem ehemaligen Gebiet der DDR führte zu geringeren Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl niedrigere Gehälter gezahlt wurden, bewirkte die politische Schwerpunktsetzung auf das im Grundgesetz festgelegte Ziel gleicher Lebensverhältnisse und die im Einigungsvertrag festgelegte Angleichung der Infrastruktur im Gesundheitswesen eine höhere Ausgabenquote.

Abbildung 2: Finanzierung der Gesundheitssysteme der EU-Länder aus Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und privaten Quellen (in Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben)



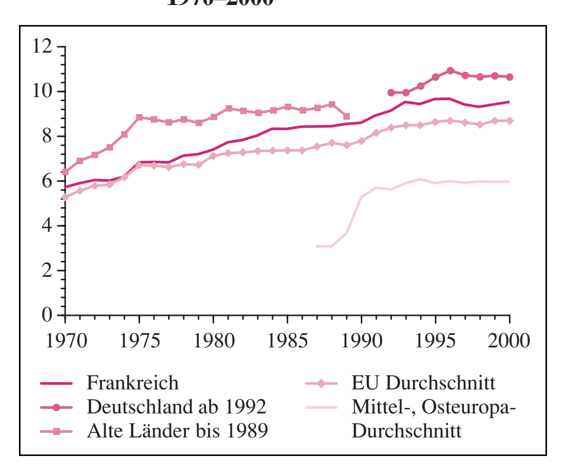
Quelle: Friedrich-Wilhelm Schwartz/ Reinhard Busse, Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Friedrich-Wilhelm Schwartz et al., Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, 2., neubearb. und erweit. Auflage, München–Jena 2003, S. 516–545.

Neben realen Ausgabenunterschieden muss ferner berücksichtigt werden, dass die Abgrenzung des Gesundheitssystems und seiner Ausgaben in unterschiedlichen Ländern auch verschieden ausfällt, trotz Standardisierungsbemühungen im methodischen, datenbezogenen Bereich. Denn die Trennlinie zu anderen Sozialsektoren, zur Pflege, Altenbetreuung, Schulbetreuung und hygienisch-technischer Ausstattung ist nicht immer scharf und wird nicht von jedem Land gleich gezogen.

2. Informationsquellen

Kenntnis und Verständnis anderer Gesundheitssysteme waren lange eine Angelegenheit von wenigen Insidern, häufig gebunden an Kenntnisse der Landessprache. Die im letzten Jahrzehnt zu beobachtende Zunahme schriftlicher Informationen in Fachartikeln und öffentlich zugänglicher Datenbanken (z. B. der Weltgesundheitsorganisation, der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit oder der Europäischen Kommission/ Missoc) verändert diese Situation allmählich. Auch eingehende Darstellungen und

Abbildung 3: Gesamtausgaben für Gesundheit in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, 1970–2000



Analysen des Politikfeldes sind in den letzten Jahren einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden, wovon drei Angebote hier näher vorgestellt werden sollen.

Eine Analyse der Versorgungsqualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich und die Diskussion geeigneter Reformansätze zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinen Gutachten 2000/2001 und 2003 vorgelegt. Die Stellungnahmen der befragten Akteure im Gesundheitswesen und die Gutachten sind auf der Webseite des Rates nachzulesen.[8]

Die „Gesundheitssysteme-im-Wandel"-Profile des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme[9] beschreiben und analysieren u. a. Gesundheitssysteme und -reforminitiativen von Ländern in der europäischen Region der WHO. Alle Länderberichte werden anhand eines einheitlichen Fragekatalogs entwickelt, um Akteuren und Analytikern nationaler Gesundheitssysteme und internationaler Organisationen möglichst vergleichbare und relevante Informationen anbieten zu können. Die Profile beschreiben zunächst die gesundheitliche Lage und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Den Schwerpunkt aber stellen empirisch fundierte Einsichten in die Zusammenhänge von Organisation, Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung dar. Sie untersuchen Reformen und ihre Ergebnisse, Trends und künftigen Reformbedarf. Eine möglichst neutrale und abwägende Darstellung und Interpretation der Informationen soll ein ausgewogenes Verständnis komplexer Zusammenhänge und eine unabhängige Meinungsbildung ermöglichen. Neben Berichten über nationale „Gesundheitssysteme im Wandel" veröffentlicht das Observatorium vertiefende Analysen und internationale Vergleiche zu ausgewählten politisch relevanten Fragestellungen, z. B. zur Rolle von Krankenhäusern, zur Regulation im Spannungsfeld zwischen marktwirtschaftlichen Anreizen und gesamtgesellschaftlichen Zielen, zur Finanzierung, zu westeuropäischen Ländern mit gesetzlicher Krankenversicherung, zur Primärversorgung oder zu Arzneimitteln. Die wesentlichen Erkenntnisse aus diesen Veröffentlichungen werden in so genannten „Policy Briefs" zusammengefasst. Der Austausch zwischen gesundheitspolitischen Akteuren und Experten wird über Vorträge, Gutachten, Diskussionsforen und Sommerakademien gefördert.

Der Gesundheitspolitik-Monitor, der von der Bertelsmann-Stiftung initiiert und unterhalten wird, entstand unter dem Eindruck zunehmender Dringlichkeit gesundheitspolitischer Reformen in Deutschland. Im Jahr 2002 wurde ein weltweites Netzwerk aus Gesundheitspolitikexperten von 16 Partnerinstitutionen in 15 Industrieländern geknüpft, um über aktuelle, sich derzeit in der Diskussion und Entwicklung befindliche Gesundheitsreformansätze und ihre Umsetzung zu berichten. Indem zeitnahe Informationen darüber, was sich gesundheitspolitisch bewährt hat, zur Verfügung gestellt werden, soll die Lücke zwischen Forschung und ihrer Umsetzung durch die Politik verkleinert werden. Mit Hilfe einer gemeinsam entwickelten Fragebogenmatrix werden die gesundheitspolitischen Reformthemen erfasst. Gleichzeitig kann der Prozessverlauf dieser Reformen über die gesamte Entwicklung von der Idee über politische Statements und das Gesetzgebungsverfahren bis hin zu Implementierung, Evaluation und Abwandlung bzw. Abschaffung verfolgt werden. Durch die halbjährlich erscheinenden Berichte sowie durch die auf der Homepage[10] ergänzend zur Verfügung

8 www.svr-gesundheit.de

9 Das Observatorium („Beobachtungswarte") wird getragen vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation, den Regierungen von Griechenland, Norwegen und Spanien, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, der London School of Economics and Political Science sowie der London School of Hygiene & Tropical Medicine. Zurzeit stehen für 45 Länder Profile auf der Webseite des Europäischen Observatoriums in englischer, teilweise auch in deutscher, spanischer und russischer Sprache zur Verfügung. Alle genannten Veröffentlichungen sind in pdf-Form zugänglich unter www.observatory.dk.

10 www.healthpolicymonitor.org.

gestellten Informationen kann der Entwicklungsstand der Reformen verfolgt werden. Der Gesundheitspolitik-Monitor baut auf einer früheren Acht-Länder-Studie sowie dem Carl-Bertelsmann-Preis 2000 für innovative Konzepte und nachahmenswerte Lösungsansätze für zentrale gesellschaftspolitische Problembereiche auf. Dieser wurde seinerzeit an die Niederlande für ihr Hausarztmodell sowie an die Schweiz für ihre Health-Maintenance-Organisation (HMO)-Modelle vergeben.

III. Aktuelle Reformansätze

1. Sicherung der Qualität

Die EU-Kommission stellt in einem kürzlich veröffentlichten Bericht fest, dass die Umsetzung von Qualitätssicherung in allen Mitgliedstaaten ganz oben auf der politischen Agenda steht. Nahezu überall habe man Kriterien für die Strukturqualität eingeführt. Dies gelte allerdings vorrangig für den stationären Sektor, während im ambulanten Bereich noch Umsetzungsprobleme existierten. Obwohl viele Mitgliedstaaten auch die Prozessqualität verbessern wollten, wurde hier noch größerer Nachholbedarf festgestellt – insbesondere bei der Entwicklung von Behandlungsleitlinien. Bei der Ergebnisqualität seien die Mitgliedstaaten meist noch nicht weit vorangekommen. So verfügten nur wenige Länder, wie z. B. Großbritannien, über ein funktionierendes System der systematischen Ergebnisbewertung von Krankenhäusern. Nahezu alle Mitgliedstaaten zielten allerdings darauf ab, die Rechte der Patienten zu stärken.

Im oben erwähnten Gesundheitspolitik-Monitor werden einige aktuelle Ansätze europäischer Länder im Bereich der Qualitätssicherung vorgestellt. Die Niederlande etwa gelten weltweit als vorbildlich, was die Bemühungen um Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung angeht. Eine im Dezember 2002 veröffentlichte Evaluation des „Gesundheitsversorgungsqualitätsgesetzes für Institutionen der Krankenversorgung“ von 1996 zeigte nun aber, dass es nur wenige Fortschritte bei der Implementierung eines strukturierten und programmierten Qualitätssicherungssystems in diesen Institutionen gab. Infolgedessen beschloss die niederländische Regierung, die Einführung eines solchen Systems nicht mehr der Freiwilligkeit zu überlassen, sondern verpflichtend vorzuschreiben – mit der Möglichkeit, bei Nichteinhaltung der Vorschriften Strafen zu verhängen.

Ein weiteres Beispiel, an dem sich Deutschland im Rahmen des Entwurfes zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz orientiert hat, stammt aus der Gruppe der Länder mit vorwiegend steuerfinanziertem Gesundheitssystem. Das britische Nationale Institut für klinisch hervorragende Leistungen (NICE) diente als Vorbild für das vorgeschlagene deutsche „Zentrum für Qualität in der Medizin“. Dieses Institut soll nach neuestem Diskussionsstand nun zwar nicht mehr die Kosteneffektivität von Arzneimitteln beurteilen, aber weiterhin zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, z. B. durch neutrale Patienteninformationen, die Verbesserung der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung von Ärzten oder im Bereich von Disease-Management-Programmen.

Zwei weitere Länder aus der Gruppe der steuerfinanzierten Systeme, Spanien und Finnland, diskutieren Ansätze zur Qualitätsverbesserung, die unter das Thema Zentralisierung versus Dezentralisierung fallen. In Spanien ist im Rahmen einer seit Jahren stufenweise eingeführten Dezentralisierung mehr Autonomie an die Regionen abgegeben worden. Um in ganz Spanien bestimmte Qualitätsstandards zu schaffen und zu erhalten, sollen überall folgende Anforderungen erfüllt werden: gleicher Zugang zum Gesundheitssystem in allen Regionen, Garantie eines einheitlichen Grundleistungskatalogs und Garantie einer zweiten Meinung.

In Finnland wird die Zentralisierung bestimmter spezialisierter medizinischer Prozeduren auf Versorgungsschwerpunkte diskutiert, um durch die Bildung von „Kompetenzzentren“ ein möglichst hohes Qualitätsniveau zu erreichen. Als Gegenargument wird die Problematik des dann ungleichen Zugangs zu diesen Leistungen angesichts der dünnen Besiedelung weiter Landesteile ins Feld geführt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in keinem der genannten Länder eine umfassende, vorbildliche Umsetzung von Qualitätssicherung zu finden ist. Die kurz vorgestellten Reformvorschläge zeigen das Spektrum der Maßnahmen auf, die auch in Deutschland diskutiert werden. Einige Länder sind jedoch in der Umsetzung von Maßnahmen schon weiter, so dass auf ihre Erfahrungen zurückgegriffen werden sollte.

2. Integrierte Versorgung

Ein weiteres viel zitiertes Problem in fast allen entwickelten Ländern ist die Fragmentierung der Versorgung. Oft wird das Problem durch die zusätzlich sektoral gebundenen Leistungsvergütungen wie

auch in Deutschland noch akzentuiert. In der spanischen Region Katalonien läuft ein Modellversuch, bei dem die ambulante und stationäre Versorgung in der Region besser verzahnt werden sollen. Die lokalen Gesundheitsbehörden schließen mit Anbietern verschiedener Gesundheitsleistungen und Institutionen Verträge ab. Darin werden einerseits die Leistungen für die zu versorgende Bevölkerung spezifiziert, andererseits ist die Vergütung, die einer Kopfpauschale entspricht, festgelegt.

Die am Ziel der Versorgungsintegration gemessene optimale Vertragsgestaltung scheint in Spanien ebenso wie in Deutschland eines der wesentlichen Hindernisse für die erfolgreiche Umsetzung dieser Reformidee zu sein. In Frankreich gab es in den letzten Jahren ebenfalls viele Änderungen bezüglich der Vertragsgestaltung zwischen den staatlichen Gesundheitsbehörden und den Krankenkassen einerseits und den ambulanten Leistungsanbietern andererseits, die unter anderem eine verbesserte Integration der Versorgung, auch über die Grenzen des Gesundheitssystems hinweg, bewirken sollten. Der Erfolg dieser Bemühungen ist noch nicht absehbar, zumal an einem Teil der Verträge und Verhandlungen nicht alle Parteien beteiligt waren.

3. Übertragbarkeit

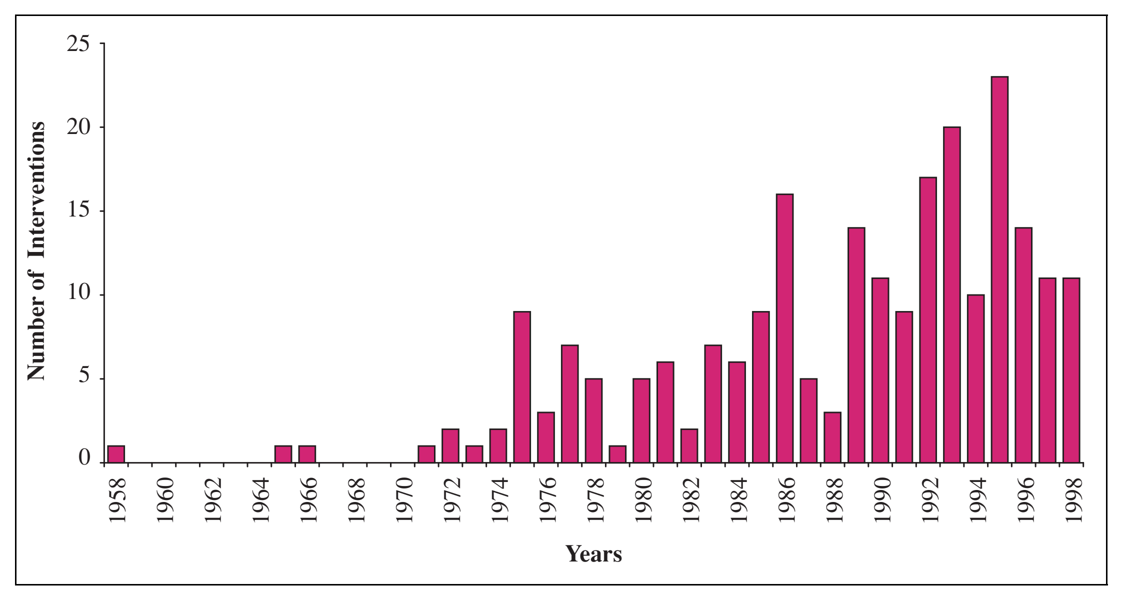
Gerade in jüngster Zeit sind von der deutschen Gesundheitspolitik auf Empfehlung von Experten Reformideen aus anderen Ländern übernommen worden. So werden ab 2004 in Deutschland die so genannten „Diagnosis-related groups“ (DRGs), das heißt Fallpauschalen, als Entgeltbasis für die Vergütung von Krankenhausleistungen flächendeckend genutzt. Das deutsche DRG-System wurde aus Australien importiert, das sich wiederum die USA zum Vorbild genommen und deren Ansätze modifiziert hatte. Infolge der Einführung dieses neuen Vergütungssystems werden umfassende organisatorische und strukturelle Veränderungen erwartet. Beispielsweise wird mit einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer gerechnet, die eine bessere Verzahnung mit dem ambulanten Bereich erfordert, weshalb dieser in die Reform einbezogen werden sollte. Die rechtlichen Voraussetzungen dafür sind teilweise in Form von „Disease management programs“ geschaffen worden, die eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker (Diabetes mellitus, Brustkrebs, koronare Herzerkrankungen) anstreben. Es fehlen jedoch differenzierte rechtliche Möglichkeiten für eine umfassende, sektorübergreifende Gestaltung der entsprechenden Verträge und Vergütung.

So ist einerseits die Implementierung neuer Vergütungssysteme oder Versorgungsstrukturen zu begrüßen, andererseits steht für beide exemplarisch angeführten Reformen der Nachweis einer erhöhten Kosteneffektivität sowie verbesserten Qualität noch aus. Durch frühzeitige Planung von Reformen mit parallel angelegter optimal gestalteter Evaluation (zufällige Auswahl der Interventionsteilnehmer, Durchführung der Evaluation im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) könnten in einem überschaubaren Kontext neue Konzepte erprobt und bewertet werden.

Problematisch sind nicht allein die prinzipiell unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungssysteme, also staatliches Gesundheitssystem (z. B. National Health Service/NHS in Großbritannien; Schweden) versus gesetzliches Krankenversicherungssystem (z. B. Deutschland, Niederlande) versus marktwirtschaftliche Modelle (z. B. USA, teilweise Schweiz), welche die Ad-hoc-Übertragbarkeit von Reformansätzen einschränken. Auch innerhalb einer Gruppe mit gleichartigen Systemen gibt es unterschiedliche organisatorische und strukturelle Lösungsansätze, die teilweise historisch gewachsen sind und sich nicht ohne weiteres adaptieren lassen. Trotzdem können die industrialisierten Länder mit ähnlichen Problemen (rückläufige Einnahmen der Finanzierungsquellen des Gesundheitssystems, steigende Lebenserwartung und technischer Fortschritt mit konsekutivem Anstieg der Ausgaben sowie Änderung des Krankheitsspektrums) oder mit ähnlichen Systemstrukturen als Vorbilder für Lösungsstrategien dienen.

Beliebte Beispiele aus der Vergangenheit sind das Hausarztsystem der Niederlande und das Finanzierungssystem über Kopfpauschalen in der Schweiz. Diese „Musterbeispiele“ aus den Niederlanden und der Schweiz sind ein gutes Beispiel für die ungeheure Reformdynamik, der die Gesundheitssysteme in allen industrialisierten Staaten momentan unterworfen sind. So wurden die beiden preisgekrönten Reformansätze (Carl-Bertelsmann-Preis 2000) innerhalb der letzten Monate komplett in Frage gestellt. In den Niederlanden gibt es Reformbestrebungen, die eine vollständige Eliminierung der Hausarztleistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung vorschlagen. In der Schweiz gab es im Mai diesen Jahres ein Referendum, in dem die Bevölkerung darüber entschied, ob die Kopfpauschalen zugunsten einer Finanzierung analog zum deutschen System verlassen werden sollten; der Volksentscheid fiel zugunsten des bisherigen Systems aus.

Abbildung 4: Dynamik von Gesetzgebung und Rechtsprechung zum Europäischen Binnenmarkt mit möglicher Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsländern, 1958 bis Mitte 1998



Quelle: Matthias Wismar/ Reinhard Busse, Analysis of Single European Market legislation and jurisdiction, in: Reinhard Busse u. a., The European Union and Health services. The impact of the Single European Market on member states. Amsterdam 2002.

Insgesamt zeigt es sich, dass Deutschland Reformansätze aus anderen Ländern und Systemen durchaus übernehmen kann. Es ist aber gut beraten, sie an den deutschen Kontext – ein großes, bevölkerungsstarkes Land mit föderalen Strukturen und einem hohen Maß an Selbstverwaltung – anzupassen und ihre Wirksamkeit und unerwünschten Auswirkungen sorgfältig zu evaluieren.

IV. Gesundheitspolitik in der Europäischen Union

Lange Zeit waren viele Akteure im Gesundheitswesen der Auffassung, dass die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in der alleinigen Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten liegen.[11] Sie beriefen sich dabei auf Artikel 152 Absatz 5 EG-Vertrag, wonach bei der „Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung (. . .) die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt“ werde. Dabei wurde übersehen, dass sich diese Einschränkung nur auf die in Artikel 152 explizit genannten Maßnahmen bezog, also andere Bestimmungen im EG-Vertrag durchaus die Organisation der Gesundheitswesen beeinflussen können, was durch die Bestimmungen zum europäischen Binnenmarkt mit seinen vier Grundfreiheiten für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital sowie zum Wettbewerbs- bzw. Kartellrecht in nicht unbeträchtlichem und zunehmendem Maß auch der Fall ist (vgl. *Abbildung 4*).

Während der Vorbereitung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) zeichnet sich nun ein Wandel ab. So soll das GMG die Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in den Rechtssachen Kohll (C-158/96) und Decker (C-120/95) vom 28. April 1998 und das Urteil des EuGH in der Rechtssache Smits/Peerbooms (C-157/99) vom 12. Juli 2001 berücksichtigen. Danach gelten die Grundsätze des freien Warenverkehrs nach Artikel 28 und der Dienstleistungsfreiheit nach Artikel 49 EG-Vertrag auch im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung mit der Konsequenz, dass sich Versicherte Leistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen kön-

11 Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Die offene Methode der Koordinierung im Bereich des Gesundheitswesens, Bonn 2002; online z. B. unter www.ikk.de.

nen. Zuletzt hat der EuGH explizit festgelegt, dass ein nationales Sachleistungssystem den Kostenerstattungsanspruch nicht behindert (Rechtssache Müller-Fauré/van Riet, C-385/99, vom 13. Mai 2003), wodurch ein zentrales Argument der deutschen gesundheitspolitischen Akteure entkräftet wird.

Noch im Fraktionsentwurf des GMG (Mai 2003) hatte die Bundesregierung eine Inanspruchnahme ambulanter Leistungserbringer im EU-Ausland auf den (sehr kleinen) Kreis von freiwillig Versicherten begrenzen wollen, die sich auch im Inland zu einem Kostenerstattungsmodus entschlossen haben. Die parteiübergreifende Vereinbarung (Juli 2003) sieht nun vor, allen gesetzlich Versicherten den Anspruch auf Kostenerstattung von in EU-Ländern erbrachten Leistungen auch ohne „unmittelbaren" Hilfsbedarf in einer Akutsituation zu gewähren. Während Leistungen im ambulanten Bereich keiner Vorabgenehmigung durch den Kostenträger bedürfen, ist für eine stationäre Behandlung weiterhin eine vorherige Genehmigung erforderlich. Die Kosten werden auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln erstattet.

Damit Auslandsreisende nicht gegenüber Patienten im Inland bevorteilt werden, soll nun allen Versicherten auch im Inland in Ausnahmefällen erlaubt werden, nicht zugelassene Leistungserbringer über Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, allerdings unter dem Vorbehalt, dass dies zuvor von der Krankenkasse genehmigt wurde und eine zumindest gleichwertige Qualität wie bei zugelassenen Leistungserbringern nachgewiesen wurde.

Während sich die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland auf das aktuelle Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz konzentrierte, wurden auf EU-Ebene die Beratungen für den Entwurf einer gemeinsame Verfassung der EU-Mitgliedsländer zu einem vorläufigen Abschluss gebracht. Der im Juni 2003 veröffentlichte Entwurf der EU-Verfassung[12] bestärkt einerseits die Verantwortlichkeit der nationalen Regierungen im Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Artikel III-174 [5]): „Die aufgrund dieses Artikels erlassenen Europäischen Gesetze und Rahmengesetze a) berühren nicht die anerkannte Befugnis der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen, und dürfen das finanzielle Gleichgewicht dieser Systeme nicht erheblich beeinträchtigen; b) hindern die Mitgliedstaaten nicht daran, strengere Schutzmaßnahmen beizubehalten oder zu erlassen, die mit der Verfassung vereinbar sind." Auch wird generell ein Frühwarnsystem für unerwünschte Auswirkungen von EU-Regelungen auf das Subsidiaritätsprinzip und die Mitgliedsländer eingerichtet. Gleichzeitig werden die Kompetenzen der EU erweitert; dazu erhalten auch demokratische Elemente einen höheren Stellenwert als bisher.

Im Bereich „soziale Sicherheit und sozialer Schutz der Arbeitnehmer" (Artikel III-99 [c]) sollen „unter Berücksichtigung der in den einzelnen Mitgliedstaaten bestehenden Bedingungen und technischen Regelungen Mindestvorschriften, die schrittweise anzuwenden sind, durch Europäische Rahmengesetze festgelegt werden" können. Während in einigen Gebieten der Sozialpolitik Mehrheitsentscheidungen eingeführt worden sind, bleibt im Bereich soziale Sicherheit das Konsensprinzip bestehen. Zusätzlich muss neben den Ausschüssen für Wirtschaft & Soziales sowie der Regionen nun auch das Europäische Parlament angehört werden.

Im Gesundheitswesen (Artikel III-174) soll die Methode der offenen Koordinierung eingeführt werden. Der Passus wurde bei der letzten Sitzung des Konvents vor Übergabe des Verfassungsentwurfs in Thessaloniki aufgenommen: „Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind, insbesondere Initiativen, die darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Das Europäische Parlament wird in vollem Umfang unterrichtet." Diese „offene Methode der Koordinierung" ist ein Prozess, in dem gemeinsame Ziele und Leitlinien festgelegt werden und mittels Indikatoren die Zielerreichung in den Mitgliedstaaten ermittelt wird. Die Methode ist auf EU-Ebene bisher in der Währungs- und Beschäftigungspolitik und seit kurzem auch in der Vermeidung sozialer Ausgrenzung angewendet worden.[13]

12 Europäischer Konvent, Entwurf eines Vertrags über eine Verfassung für Europa, dem Europäischen Rat auf seiner Tagung in Thessaloniki am 20. Juni 2003 vom Europäischen Konvent überreicht (dt. Übersetzung vom 27. 6. 2003) (CONV 820/1/03 REV 1).

13 Vgl. Reinhard Busse, Anwendung der „offenen Methode der Koordinierung" auf die europäischen Gesundheitswesen: Hintergrund, mögliche Ziele und Indikatoren, Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, in: G&G Wissenschaft, (2002) 2, S. 7–14.

V. Schlussfolgerungen

Der Verweis auf „gute Erfahrungen“ im Ausland ist zum Standardinstrument der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung geworden. Selten wird dabei klar, was mit „gut“ gemeint ist, d. h. an welchen Zielen man sich orientiert. Dass bestimmte Systemausprägungen oder Reformen auch praktisch nie nur „gut“ sein können, sondern immer eine Abwägung zwischen verschiedenen Zielen erfordern, wird leicht übersehen. Auch international vergleichenden Analysen mit eindimensionalen Hypothesen und einfachen Ursachenzuschreibungen ist mit Vorsicht zu begegnen. Sofern sie bei Momentaufnahmen (Querschnittsbetrachtungen) und der Bewertung eines Status (internationales Vorbild) verharren, sind sie wenig hilfreich für eine realistische Situationseinschätzung und Weiterentwicklung gesundheitspolitischer Perspektiven.

Einige weitere Punkte sind in diesem Zusammenhang zu betonen. In diesen Zeiten erwartet die Gesellschaft Transparenz darüber, was und mit welchem Ergebnis in öffentlichen oder quasiöffentlichen Sektoren passiert: ob PISA-Studie im Bildungswesen oder WHO-Ranking im Gesundheitswesen. Dies leugnen oder sich verweigern hieße, den Zug der Zeit zu verschlafen. In der Gesundheitspolitik tun vor allem die Leistungserbringer gut daran, die Abwehr dagegen aufzugeben und sich konstruktiv an der Entwicklung von Indikatoren, ihrer Messung und vor allem der Verbesserung der Versorgungsqualität zu beteiligen.

Gemessen an der hohen Bedeutung für die künftige Politik wird der derzeitige und vor allem zukünftige Einfluss der EU auch auf die Gesundheitssysteme noch immer unterschätzt. Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes und die EU-Verfassung haben hier eine Dynamik in Gang gesetzt, mit der sich die deutsche Politik und insbesondere die Akteure im Gesundheitswesen sorgfältig auseinandersetzen müssen. Ein konstruktives Aufnehmen der Methode der offenen Koordinierung im Gesundheitssystem bietet einen Ansatzpunkt zum wechselseitigen Lernen unter den Mitgliedsländern und zur gemeinsamen Gestaltung des zukünftigen Sozial- und Wirtschaftsmodells in der erweiterten Europäischen Union.

Auch die Zielorientierung wird zukünftig im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung eine europäische sein. Ein solches Zielbündel könnte enthalten: Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus; Gestaltung und Funktion der Gesundheitswesen entsprechend den gerechtfertigten Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerungen; Zugang zu bedarfsgerechten und wirksamen Gesundheitstechnologien; Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung. Eine so fundierte EU-Gesundheitspolitik wäre auch ein Beitrag zum Abbau des Spannungsverhältnisses zwischen wirtschaftlicher EU-Regulierung und nationaler Finanzierung und Leistungserbringung.

Internet-Empfehlungen der Autorinnen und des Autors:

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme (Informationen und Publikationen in Englisch, teilweise auch in deutscher, spanischer und russischer Sprache): http://www.observatory.dk

World Health Report 2000 und Berichte 1995–2002 der Weltgesundheitsorganisation (englisch, französisch, spanisch): http://www.who.int/whr/previous/en/

Health Policy Monitor der Bertelsmann Stiftung (englisch; Bestellung deutscher Druckversionen): http://www.healthpolicymonitor.org/

Europäische Kommission: Beschäftigung & Soziales: http://europa.eu.int/comm/employment_social/index_de.htm

Sachverständigenrat (für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): http://www.svr-gesundheit.de

Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD): http://www.oecd.org (by topic – health)

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: http://www.bmgs.bund.de (Themenschwerpunkte – Gesundheit – internationale Gesundheitspolitik)

http://www.gesundheitsziele.de

Jutta Hoffritz

Dipl.-Volkswirtin, geb. 1966; Redakteurin der Wochenzeitung Die Zeit.

Anschrift: Die Zeit, Speersort 1, 20095 Hamburg.
E-Mail: hoffritz@zeit.de

Zahlreiche Veröffentlichungen und Kommentare zur Wirtschafts-, insbesondere zur Gesundheitspolitik.

Thomas Gerlinger

Dr. phil., Dr. rer. med., geb. 1959; wiss. Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Anschrift: WZB, Arbeitsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin.
E-Mail: gerlinger@wz-berlin.de

Veröffentlichungen u. a.: Arbeitsschutz und europäische Integration, Opladen 2000; (zus. mit Rolf Rosenbrock) Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2003 (i. E.).

Nils C. Bandelow

Dr. rer. soc., geb. 1967; Lehrstuhlvertreter an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Anschrift: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Lehrstuhl Politikwissenschaft I, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf.
E-Mail: Nils.Bandelow@rub.de

Veröffentlichungen u. a.: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?, Opladen 1998; (Hrsg. zus. mit K. Schubert) Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München 2003.

Ulrike Lindner

Dr. phil., geb. 1968; wiss. Assistentin am Historischen Institut der Universität der Bundeswehr München.

Anschrift: Historisches Institut, Universität der Bundeswehr München, 85577 Neubiberg.
E-Mail: ulrike.lindner@unibw-muenchen.de

Veröffentlichung u. a.: (Hrsg. zus. mit Merith Niehuss) Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln 2002.

Annette Riesberg

MPH, geb. 1966; approbierte Ärztin; wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Institut für Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin.

Anschrift: Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, EB 2, TU Berlin, Str. des 17. Juni 145, 10623 Berlin.
E-Mail: annette.riesberg@tu-berlin.de

Veröffentlichung u. a.: (zus. mit Reinhard Busse) Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme, Kopenhagen 2000 (akt. Ausgabe erscheint im Herbst 2003).

Susanne Weinbrenner

Dr. med. MPH; geb. 1962; wiss. Mitarbeiterin im Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, TU Berlin.

Anschrift: s. Riesberg.
E-Mail: susanne.weinbrenner@tu-berlin.de

Zahlreiche Veröffentlichungen zu arbeits- und sozialmedizinischen Aspekten.

Reinhard Busse

Prof. Dr. med. MPH, geb. 1963; Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen und assoziierter Forschungsdirektor des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme, TU Berlin.

Anschrift: s. Riesberg.
E-Mail: rbusse@tu-berlin.de

Veröffentlichung u. a.: (Hrsg., zus. mit Matthias Wismar und Philip Berman) The European Union and Health Services – The impact of the Single European Market on Member States, Amsterdam 2002.

Nächste Ausgabe

Eun-Jeung Lee *Essay*
„Asien" und seine „asiatischen Werte"

Manfred Pohl
Politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Japans

Tang Shaocheng
Das Dreiecksverhältnis zwischen den USA, der VR China und Taiwan

Patrick Köllner
Nordkoreas Außen- und Sicherheitspolitik im Zeichen der Krisen

Gerd Mutz
Zivilgesellschaftliche Entwicklung in Südostasien

Markus C. Pohlmann
Die „Desorganisation" der Tiger
Die neue Phase wirtschaftlicher Modernisierung in Südkorea und Taiwan

Jutta Hoffritz

Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33–34/2003, S. 3–5

■ Skizziert man die Eigentümlichkeiten des Gesundheitsmarktes, kommt man rasch zu dem Schluss, dass es sich bei der Gesundheitsbranche um keinen gewöhnlichen Markt handelt. Zu viele Eigeninteressen sind, über Jahrzehnte verfestigt, im Spiel; längst ist ein „Marktversagen“ zu konstatieren. Eine künftige Gesundheitspolitik müsste vor allem angesichts der demographischen Entwicklung versuchen, die planwirtschaftlichen Mechanismen zu Gunsten von mehr Eigenverantwortlichkeit und Marktgesetzlichkeit zu öffnen, ohne aus den Augen zu verlieren, dass Gesundheit kein Produkt wie jedes andere ist.

Thomas Gerlinger

Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998–2003

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33–34/2003, S. 6–13

■ SPD und Bündnis 90/Die Grünen knüpften 1998 an die vorgefundenen Entwicklungstrends in der Gesundheitspolitik an. Kassenwettbewerb, Budgets und Pauschalvergütungen sollten für die Akteure in der GKV finanzielle Anreize schaffen, sich am Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung zu orientieren. Die Kassen wurden gegenüber den Leistungsanbietern sukzessive gestärkt. Im Unterschied zu ihren Vorgängerinnen setzte die rot-grüne Regierung in der Gesundheitspolitik einen stärkeren Akzent auf die Modernisierung von Versorgungsstrukturen. Vor allem aber hielt sie bis zu ihrer Wiederwahl 2002 an einem einheitlichen, umfassenden und paritätisch finanzierten GKV-Leistungskatalog fest. Der Koalitionsentwurf für die Gesundheitsreform 2003 stellt allerdings eine Abkehr von diesem Grundsatz dar.

Nils C. Bandelow

Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33–34/2003, S. 14–20

■ Die deutsche Gesundheitspolitik wird in einem Netz miteinander verflochtener Arenen konsensorientiert verhandelt. Dabei haben sowohl die konkurrierenden Parteienblöcke als auch eine Vielzahl von Interessengruppen Möglichkeiten, sachgerechte neue Lösungen zu verhindern. Diese Verhandlungsdemokratie hat dazu geführt, dass seit 25 Jahren Gesundheitsreformen fast ausschließlich Kostenverlagerungen zu Lasten der schwächsten Elemente des Verhandlungssystems, der Arbeitnehmer und der Patienten, vorsehen. Grundlegende Systemveränderungen sind dennoch unter bestimmten Voraussetzungen entweder durch schrittweise Einzelreformen oder durch den viel beschworenen „großen Wurf“ unvermeidlich und möglich.

Ulrike Lindner

Chronische Gesundheitsprobleme

Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33–34/2003, S. 21–28

■ Das deutsche Gesundheitssystem ist vor allem durch die Kontinuität der gesetzlichen Krankenversicherung geprägt, die über die politischen Umbrüche des 20. Jahrhunderts hinweg fortbestand. Von Anfang an gab es zwischen den Krankenkassen und den Anbietern von Gesundheitsleistungen – den Ärzten und den Trägern von Krankenhäusern – große Interessenkonflikte. Die Krankenkassen verloren seit den dreißiger Jahren zunehmend an Gestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten. Auch das öffentliche Gesundheitswesen, das in der Weimarer Republik noch vielfältige gesundheitsfürsorgerische Dienste anbot, wurde nach 1945 in seinen Aufgabenbereichen stark beschnitten. Das gesamte Gesundheitssystem erwies sich durch die strukturellen Beharrungskräfte und die problematischen Akteurskonstellationen als sehr resistent gegenüber politischen Steuerungsversuchen.

Annette Riesberg/ Susanne Weinbrenner/ Reinhard Busse

Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich.

Was kann Deutschland lernen?

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33–34/2003, S. 29–38

■ Der Verweis auf „gute Erfahrungen“ im Ausland ist zum Standardinstrument der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung geworden. Selten wird dabei klar, was mit „gut“ gemeint ist, d. h. an welchen Zielen man sich orientiert. Lange Zeit haben gesundheitspolitische Akteure die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Erstattung von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten durch öffentliche Träger als nicht auf das deutsche Modell der Selbstverwaltung mit Sachleistungsprinzip übertragbar angesehen. Mit den derzeitigen Bemühungen zur Gesundheitsreform zeichnet sich ein Wandel ab. Ein konstruktives Aufnehmen der im Entwurf einer EU-Verfassung verankerten Methode der offenen Koordinierung im Gesundheitssystem bietet einen Ansatzpunkt zum wechselseitigen Lernen und zur gemeinsamen Gestaltung des Sozial- und Wirtschaftsmodells in der erweiterten Europäischen Union. ■